



**Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Investigación de la Salud**

**DETERMINANTES SOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN
ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO DANIEL CÓRDOVA
TORAL, CUENCA-ECUADOR 2016**

**Tesis previa a la obtención del
grado académico de Magíster
en Investigación de la Salud**

AUTORA:

María de Lourdes Romero Romero

DIRECTOR:

Dr. Julio Alfredo Jaramillo Oyervide

ASESOR:

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla

**Cuenca – Ecuador
2016**



RESUMEN

Antecedentes: El consumo de alcohol en la adolescencia es frecuente, estudios revelan que el consumo se encuentra asociado a algunos determinantes sociales.

Objetivo: identificar la prevalencia de consumo de alcohol en los adolescentes del colegio Daniel Córdova Toral de la ciudad de Cuenca-Ecuador y su relación con los determinantes sociales.

Materiales y métodos: estudio cuantitativo observacional transversal, muestra 218 adolescentes. Se utilizó un formulario para datos de variables demográficas, estructura familiar y migración, para la prevalencia de consumo de alcohol se usó los criterios diagnósticos del DSM5, para el funcionamiento familiar el Test FF-SIL y para el estilo de vida el test FANTASTIC. Para determinar el nivel de asociación entre los determinantes sociales y el consumo de alcohol, se obtuvo la RP con su IC 95%, y para determinar la significancia estadística, se obtuvo el p valor mediante el Chi cuadrado, siendo estadísticamente significativo cuando la p fuera menor a 0.05.

Resultados: La prevalencia del consumo de alcohol es del 42,2%; provienen de un hogar tipo nuclear el 56%, el 55% tienen familiar migrante, tienen un buen estilo de vida el 39% y el 50% pertenecen a familias moderadamente funcionales. Tener un familiar migrante, poseer un mal estilo de vida, pertenecer a una familia reconstituida y disfuncional son factores de riesgo para el consumo de alcohol.

Conclusión: El consumo de alcohol, es mayor que reportes de otros estudios realizados en la ciudad de Cuenca y se encuentra asociado con los determinantes sociales estudiados.

PALABRAS CLAVE: CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS, ADOLESCENTE, DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.



ABSTRACT

Background: Alcohol consumption in adolescence is frequent, studies reveal that consumption is associated with some social determinants.

Objective: to identify the prevalence of alcohol consumption among adolescents at Daniel Córdova Toral School in the city of Cuenca-Ecuador and its relationship with social determinants.

Materials and methods: cross-sectional quantitative study, 218 adolescents. A form was used for data on demographic variables, family structure and migration. For the prevalence of alcohol consumption, the DSM5 diagnostic criteria were used, for the FF-SIL family test and for the FANTASTIC lifestyle test. To determine the level of association between social determinants and alcohol consumption, PR was obtained with its 95% CI, and to determine statistical significance, p value was obtained by Chi square, being statistically significant when p was less than 0.05.

Results: The prevalence of alcohol consumption was 42.2%; They come from a nuclear household 56%, 55% have a migrant family, have a good lifestyle 39% and 50% belong to moderately functional families. Having a migrant family member, having a bad lifestyle, belonging to a reconstituted and dysfunctional family are risk factors for alcohol consumption.

Conclusion: Alcohol consumption is higher than reports of other studies conducted in the city of Cuenca and is associated with the social determinants studied.

KEY WORDS: CONSUMPTION OF ALCOHOLIC BEVERAGES, ADOLESCENT, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH.



ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I	
1 INTRODUCCIÓN.....	10
1.1 Antecedentes.....	10
1.2 Planteamiento del problema.....	11
1.3 Justificación y uso de los resultados.....	14
CAPITULO II	
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	16
2.1 Adolescencia.....	16
2.2 Consumo de alcohol.....	18
2.3 Consumo en la adolescencia.....	19
2.4 Modelos explicativos y teóricos del consumo de alcohol en la adolescencia.....	20
2.5 Determinantes sociales relacionados al consumo de alcohol.....	25
2.5.1 Estructura familiar.....	26
2.5.2 Funcionalidad familiar.....	27
2.5.3 Estilos de vida.....	28
2.5.4 Migración.....	29
CAPITULO III	
3.1 Hipótesis.....	33
3.2 Objetivos de investigación.....	33
3.2.1 objetivo general.....	33
3.2.2 Objetivo específico.....	33
CAPITULO IV	
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	34
4.1 Tipo de estudio y diseño general.....	34
4.2 Universo y muestra.....	34
4.3 Muestra y muestreo.....	34



4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	35
4.5 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos método, técnica y control de la calidad de los dato.....	35
4.6 Variables de estudio.....	36
4.7 Operacionalización de las variables.....,	36
4.8 Análisis de los resultados.....	36
4.9 Procedimiento para garantizar el aspecto ético de la investigación.....	37
CAPITULO V	
5. RESULTADOS.....	38
CAPÍTULO VI	
6. DISCUSIÓN.....	45
CAPÍTULO VII	
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
CAPÍTULO VIII	
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	54



DERECHOS DE AUTOR

Yo *María de Lourdes Romero Romero*, autora de la tesis “DETERMINANTES SOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO DANIEL CÓRDOVA TORAL CUENCA-EUADOR 2016”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Magister en Investigación de la Salud. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afcción alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 22 de diciembre del 2016

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Lourdes Romero'.

María de Lourdes Romero Romero

C.I: 030125625-1



RESPONSABILIDAD

Yo *María de Lourdes Romero Romero*, autora de la tesis “DETERMINANTES SOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO DANIEL CÓRDOVA TORAL CUENCA-EUADOR 2016” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de diciembre del 2016

María de Lourdes Romero Romero

C.I: 030125625-1



DEDICATORIA

A mi esposo e hijas por el tiempo y apoyo incondicional.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad de Cuenca, la Maestría de Investigación de la Salud, con sus directivos y docentes, por permitirme ser parte de este gran proyecto, a mi Director Magíster Julio Jaramillo Oyervide por su valioso tiempo y orientación y a mi Asesor metodológico Magíster Ismael Morocho Malla por su apoyo, paciencia y motivación.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol en los adolescentes es un problema que preocupa a la sociedad actual, ya que se inicia en edades cada vez más tempranas, generando problemas tanto para los estudiantes como para sus familias y el entorno en general. La Organización Mundial de la salud refiere que el consumo de alcohol en la adolescencia, genera innumerables consecuencias negativas, que impiden el desarrollo normal del adolescente ⁽¹⁾.

En la ciudad de Cuenca, los estudiantes del colegio Daniel Córdova Toral presentan problemas de consumo de alcohol; este problema puede tener relación con algunos determinantes sociales, como la estructura familiar, los estilos de vida, la migración y funcionalidad familiar, lo cual se analiza en este estudio.

Antecedentes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de alcohol en los adolescentes genera problemas graves de salud con consecuencias como contusiones, violencia, muertes prematuras, etc., lo cual puede influir inclusive en la esperanza de vida ⁽¹⁾.

Con el objetivo de reducir el consumo de alcohol en adolescentes, la OMS recomienda algunas estrategias, como determinar una edad adecuada para comprar y consumir alcohol y regular la forma en que se promocionan las bebidas alcohólicas, sin embargo aún es preocupante el consumo entre los jóvenes de 15-19 años ⁽¹⁾.

En Ecuador, la situación actual de la salud generada por el consumo de alcohol en los estudiantes secundarios es preocupante para las autoridades sanitarias;



en el caso del colegio Daniel Córdova Toral de la ciudad de Cuenca, se han realizado estudios para determinar su prevalencia, tipo de consumo y otras características epidemiológicas, pero no se ha indagado sobre su causalidad; el consumo de alcohol es multicausal, se encuentra relacionado a factores biológicos, psicológicos y a algunos determinantes sociales; en este contexto se planteó realizar este estudio de tipo observacional transversal como alternativa viable para identificar el consumo de alcohol y su asociación con los determinantes sociales.

Planteamiento del problema

El consumo de alcohol en los adolescentes de los colegios secundarios es un problema a nivel mundial; según la Organización de los Estados Americanos se presenta desde el consumo abusivo a la adicción; los adolescentes que consumen alcohol se exponen a peligros directos de los efectos de la sustancia, y los comportamientos de riesgo asociados, que pueden conducir a un mayor uso en el futuro llegando a la dependencia y generando las complicaciones bio-psico-sociales que ésta conducta genera ⁽²⁾.

El consumo de alcohol a una edad cada vez más temprana, es un importante predictor del desarrollo de un trastorno por sustancias más tarde, la mayoría de personas que inician el consumo de alcohol antes de los 18 años, desarrollan el trastorno de dependencia alrededor de los 20,7 años de edad; según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, el 15,2% de personas que inician el consumo de alcohol a los 14 años, desarrollan abuso o dependencia en comparación de los que esperan iniciar hasta que son mayores de 21 años ⁽³⁾.

Según datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (New York, 2012), refiere que en el mundo, la prevalencia de consumo de alcohol en personas mayores de 15 años es del 42% ⁽⁴⁾; en Ecuador, según la IV Encuesta



Nacional del CONSEP realizada en el 2012 sobre el uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, determina un consumo a nivel nacional de 20,56% y en la ciudad de Cuenca un consumo de 24.50%; la prevalencia de consumo es más frecuente en el sexo masculino (84,1%), que en el femenino (69,8%) ⁽⁵⁾.

Según un estudio realizado en dos colegios de Cuenca-Ecuador por Sicha et al en el 2010, refiere que el grupo etario que representa mayor consumo es de 19 a 20 años con 72,2% y el género masculino consume más que el femenino con 61% frente a 51% ⁽⁶⁾.

El consumo de alcohol al ser un problema multicausal, tiene relación con algunos factores que determinan el uso, es así que según algunos estudios como el de Jaramillo en el 2014 en Cuenca-Ecuador y el de Valverde Ma. P, en España 2010, refieren la asociación del consumo de alcohol al estilo de vida ^(7,8); otro estudio realizado por Sicha et al, en el 2010, determina que el tener un familiar migrante es un factor de riesgo para el consumo, al igual que pertenecer a una familia disfuncional y desestructurada ⁽⁶⁾ y Lara en el 2010, determina la asociación de disfunción familiar al consumo ⁽⁹⁾.

Un estudio realizado en Suiza por Rüütel (2014), con 12.115 adolescentes, a través de regresión logística, revela que los que pertenecen a familias monoparentales presentan un OR=1,481 veces más probabilidad de consumir alcohol que las constituidas por los dos padres, las familias con padrastro o madrastra presenta un OR=1,745 más probabilidad de consumir que las familias con dos padres ⁽¹⁰⁾; en Ecuador, según el CONSEP (2007), las personas que viven en familias incompletas presentan un consumo de alcohol de 6,8% en relación a las que viven en familias completas 3.9% ⁽¹¹⁾ y en el cantón Cuenca un estudio realizado en estudiantes de dos colegios en el 2010, por Sicha, et al, revela que vivir solo con el padre es 80% (p=0.02) un factor de riesgo para el consumo de alcohol y la emigración del núcleo familiar es 77% (p= 0,036) un factor de riesgo para consumo ⁽⁶⁾.



En relación a la funcionalidad familiar un estudio realizado en España por Milena et al en el 2007, en 405 adolescentes de educación media, determina que los adolescentes con disfunción familiar presentan un incremento de consumo de alcohol de 6,4% ⁽¹²⁾; otro estudio realizado en estudiantes entre 15 y 19 años en México por Hernández et al en el 2011, encontró un 48% de familias moderadamente funcionales, un 29% disfuncional, el 2% severamente disfuncional y solo el 21% funcional y el 32% de familias disfuncionales tienen estudiantes que consumen alcohol ⁽¹³⁾; en Ecuador, el CONSEP (2012), refiere que en familias con mala relación entre padres, los adolescentes presentan un consumo de 8.1% ⁽¹⁴⁾ y en Cuenca-Ecuador un estudio realizado en estudiantes de dos colegios en el 2010 por Sicha et al, revela que la mala relación dentro del hogar es un factor de riesgo para el consumo de alcohol con un 77,8%, $p=0,03$ ⁽⁶⁾.

El estilo de vida también se asocia con el consumo de alcohol, es así que un estudio realizado en Cuenca en el 2014, por Rodríguez et al, refiere que la puntuación global de salud y estilos de vida se relacionan directamente con hábitos de alimentación, higiene dental, actividad física y consumo de sustancias ⁽¹⁵⁾; también otro estudio en nuestro medio realizado por Jaramillo (2014), refiere que el estilo de vida es un factor de riesgo con un $OR=2,6$ para el consumo de alcohol ⁽⁷⁾. En Cuba, Gárciga et al en el 2015, encontró una prevalencia de consumo de alcohol de un 86%, el 55% de los estudiantes realizaban actividad física y el 30% consumían una dieta adecuada ⁽¹⁶⁾; también en Colombia un estudio realizado por Mahecha y Calderón en el 2011, refieren que de 916 adolescentes estudiantes el 12,8% consumen alcohol de manera periódica, el 32% ocasionalmente y concluyen que el 44,8% de adolescentes tienen una marcada tendencia a consumir alcohol en la vida adulta relacionado al estilo de vida ⁽¹⁷⁾.



La migración es un determinante social importante para el consumo de alcohol en adolescentes. Un estudio realizado por Lara en el 2010, en la ciudad de Azogues en estudiantes de educación media, determina que la migración de los progenitores se relaciona al consumo con un $RP=1,02$ (IC 95% 0,81 a 1,3) ⁽⁹⁾ y a nivel local, un estudio realizado en estudiantes de dos colegios del cantón Cuenca en el 2010 por Sicha et al, determina que la migración del grupo familiar se asocia al consumo con un 77,1%, $p=0,036$ ⁽⁶⁾.

En este contexto, vemos que los estudios analizan de manera aislada el consumo de alcohol en relación con los determinantes sociales: la estructura familiar, funcionalidad familiar, estilos de vida y migración; por ello nuestro estudio busca determinar el grado de asociación de cada uno de estos factores y el consumo de alcohol.

Las preguntas de investigación son: ¿Cuál es la prevalencia de consumo de alcohol en los adolescentes del colegio Daniel Córdova Toral de la ciudad de Cuenca-Ecuador? y ¿El consumo de alcohol se asocia a los determinantes sociales?

Justificación y uso de los resultados

Este estudio tiene pertinencia porque desde el punto de vista de la salud mental, es necesario determinar la prevalencia del consumo de alcohol y su relación con los determinantes sociales planteados, ya que es un problema creciente y grave en los adolescentes de colegios de nuestro medio, debido a que altera el funcionamiento integral de los estudiantes y sus familias. El consumo de alcohol puede ser diagnosticado de fácil manera, lo cual ayudaría a buscar tratamiento oportuno y esto evitaría complicaciones en todas las áreas del ser humano, contribuyendo a cuidar la salud de ésta población como lo plantea la OMS con la Promoción de la Salud, también los objetivos del buen vivir y los determinantes sociales de Marc Lalonde.



El tema de investigación de este estudio se encuentra enmarcado en las Líneas de investigación propuestas por la Maestría de Investigación de la Salud de la Universidad de Cuenca: “Salud del adolescente”, y por otro lado este estudio contribuirá a dar respuesta a las necesidades que tiene el colegio contemplado en el Plan Operativo Anual del departamento de Bienestar Estudiantil del mismo; nuestro estudio contribuirá a dar respuesta a estas necesidades.

Los resultados de este estudio brindaron una ganancia a nivel económico para el Colegio, los adolescentes, sus familias y el estado, ya que con los resultados obtenidos, las autoridades del Colegio buscaron alternativas de solución para éste problema, evitando los gastos por la adquisición del alcohol, sus efectos tanto a nivel mental, físico y social, así como el rendimiento académico y repitencias escolares. A nivel social, la contribución de este estudio se ve reflejado por la armonía del medio y el aporte al desarrollo social por parte de los estudiantes sin consumo de alcohol, y finalmente este estudio da un aporte científico, que se evidencia por los datos reales, propios y actualizados que se obtienen, contribuyendo a incrementar el bagaje de conocimientos de nuestra ciencia local.

Este estudio sirvió para dar cumplimiento a los requisitos de titulación en la Maestría de Investigación de la Salud realizado por la maestrante María de Lourdes Romero Romero. Los resultados de este estudio fueron entregados a las autoridades del colegio para que realicen programas de prevención y tratamientos oportunos.

Los resultados de esta tesis podrán ser publicados en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y difundida en congresos relacionados a esta temática.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

Adolescencia

La adolescencia es un período de desarrollo y cambio a nivel bio-psico-social. Según la OMS, es considerada como la etapa que abarca los 10 y 19 años de edad, clasifica en tres etapas. La adolescencia inicial que comienza a los 10 años en el sexo femenino y a los 11 en el sexo masculino y llega hasta los 14 años, la segunda etapa es la adolescencia media, la cual inicia desde los 15 años hasta los 18 años y adolescencia tardía que abarca de 19-24 años ⁽¹⁸⁾.

La adolescencia presenta algunas características específicas en el proceso de desarrollo; la Sociedad Española de Contracepción refiere las etapas descritas en la tabla No. 1 ⁽¹⁹⁾.

En la adolescencia la necesidad de cambio y la toma de decisiones crea un ambiente de vulnerabilidad para el consumo de alcohol, algunas amenazas que se presentan son:

- *Ansiedad*: ligada a la transformación corporal y emocional, creando incertidumbre en la identidad que conlleva a transformaciones en las relaciones con el entorno, padres, amigos e intereses de la infancia ⁽²⁰⁾.
- *Depresión*: debido al duelo por la pérdida de la infancia y las relaciones con los padres.
- *Amenaza adictiva*: resultante de la renuncia de la identificación infantil y elecciones afectivas, que conlleva a experimentar un duelo, desencadenando un estímulo externo buscador de placer; el inquietante cuestionamiento de la identidad puede originar una búsqueda de diferenciación radical conllevando al uso de drogas ⁽²⁰⁾.



Tabla Nº 1

Etapas de desarrollo en la adolescencia			
Características	Adolescencia temprana (10-14 años)	Adolescencia Media (15-18 años)	Adolescencia Tardía (19-24 años)
Maduración Somática	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición de caracteres sexuales secundarios. • Estirón puberal • Importancia de la nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Remodelación morfológica. • Se adquiere la talla definitiva. • Alteraciones somáticas por trastornos de la alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Talla definitiva. • Funciones plenas para la sexualidad y la reproducción.
Imagen y cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación, • Cambios corporales y del propio yo. • Comparación con los del mismo sexo. • Conciencia de sensaciones eróticas. • Necesidad de intimidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor aceptación del cuerpo. • Preocupación para hacer el cuerpo más atractivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la propia imagen. • Preferencias establecidas.
Independencia	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalencia y necesidad de independencia. • nostalgia de dependencia. • Desacuerdo y enfrentamiento con los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor conflictividad con los padres. • Transgresión de lo normativizado. • Mayor fuerza en sus opiniones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vuelve a apreciar el valor y consejo de sus padres. • Creciente integración en el medio social
Amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor contacto con amigos del mismo sexo. • Inseguridad y necesidad de reafirmación a través del grupo de iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vital importancia del grupo de amigos. • Conformidad con los valores de los amigos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más relaciones íntimas. • Formación de parejas. • Se comparten sobre todo las experiencias.
Identidad	<ul style="list-style-type: none"> • Evolución al pensamiento abstracto. • Idealización de las vocaciones. • Menor control de los impulsos. • Mayor mundo de fantasías. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de invulnerabilidad y omnipotencia. • Mayor capacidad intelectual. • Apertura de sentimientos. • Comportamientos arriesgados. • Gran creatividad • Conformación de la identidad sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maduración desarrollo cognitivo, conciencia racional. • Concreción de valores y objetivos personales. • Mayor actividad sexual. • Capacidad para comprometerse y establecer límites. • Capacidad para preveer.

Fuente: Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia aspectos básicos y clínicos. España 2001. ⁽²⁰⁾

En la educación media, los adolescentes encuentran retos sociales, psicológicos y educacionales, que en algunos casos son vividos con altos montos de angustia, conllevando a un sinnúmero de conductas de riesgo, entre ellas el consumo de alcohol y drogas ⁽²⁰⁾.



Según datos de Ecuador Inmediato, la población estimada para el Ecuador en el 2015 es de 16 millones, de estos el 21% corresponden a jóvenes entre 18 y 29 años de edad ⁽²¹⁾, lo cual nos muestra que la población objeto de este estudio, es importante, con los riesgos mencionados y la necesidad de atenderla.

Consumo de alcohol

El consumo nocivo de alcohol, el abuso y la dependencia a sustancias es un problema de salud muy complejo, estudios científicos refieren que el consumo de alcohol interfiere en la función normal del cerebro, generando efectos negativos en el metabolismo y la actividad neuronal, lo cual conlleva a daños cerebrales irreversibles ⁽²²⁾.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM 5), refiere que el abuso de alcohol se trata de un “consumo que conlleva a un malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un período de 12 meses” ⁽²³⁾:

Consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto
Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol
Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos
Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol
Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar
Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol
El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio
Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico
Continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol
Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos (<i>debe presentar ambos</i>): Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol
Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos (<i>debe presentar ambos</i>): Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia.



Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

BAREMO: Leve: presencia de 2–3 síntomas; moderado: presencia de 4–5 síntomas; grave: presencia de 6 o más síntomas.

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM5)

Según el investigador Robin Room y la OMS, el consumo de alcohol en las Américas “es aproximadamente un 50% mayor al promedio mundial” y se encuentra relacionado a más de 60 condiciones médicas ^(24, 25). Ecuador, según el CONSEP, presenta 2.979 muertes por consumo de alcohol entre el 2007-2012, y de este total, Azuay es la provincia con mayor número de casos de mortalidad asociada a esta sustancia con 682 (22,8%), seguida por Pichincha con 527 casos (17,6%) ⁽²⁶⁾.

Consumo de alcohol en la Adolescencia

El estudio del consumo de alcohol en adolescentes se ha convertido en un fenómeno de especial relevancia, entre otros factores debido que pueden llevar a “una disminución del rendimiento escolar y cambios negativos de la calidad de vida del adolescente su familia y el entorno” ^(27,28). Pons J y Berjarano E, refieren que “el frecuente consumo de drogas en la adolescencia obstaculiza el desarrollo afectivo, impidiendo su madurez psicosocial y creando una *fisura* en la formación de la identidad, que podrá influenciar en una identidad adulta difusa y en una falta de claridad en las metas del adulto” ⁽²⁹⁾.

Investigadores como Newcomb y Bentler, refieren que el consumo frecuente de alcohol se asocia a un apresurado desarrollo del adolescente en algunos ámbitos, es decir no siguen la secuencia normal de maduración y más bien se da la evolución a la vida adulta de forma prematura, adquiriendo roles de adultos como el trabajo y familia sin previa preparación, lo cual genera problemas futuros; la seudomadurez de los adolescentes genera dificultades para afrontar los roles adultos y esto conlleva a un sinnúmero de problemas emocionales y físicos como la adquisición de perturbaciones, síntomas psicosomáticos, disforia



emocional, problemas de relación con la familia y pares y la vulnerabilidad a consumir sustancias ⁽²⁸⁾.

La vulnerabilidad de los adolescentes al consumo de drogas se debe a factores diversos, por un lado los factores intrínsecos: el adolescente busca establecer una identidad propia y por otro los factores extrínsecos: la preparación hacia los diferentes roles sociales e individuales, facilitan la experimentación de una amplia gama de actitudes y comportamientos, entre los cuales se encuentra el consumo de alcohol ⁽³⁰⁾.

En Portugal, en el 2010, de 680 adolescentes, el 42,6% refieren que beben, el 73,5% comenzó a beber entre 14 y 16 años, la edad mínima del inicio del consumo fue a los 8 años y la máxima a los 18 años, siendo el promedio de 14,50 años ⁽³¹⁾. Rodríguez M et al. (Alicante, 1988) en su estudio realizado en adolescentes de 12 a 19 años, refieren que el 23,6% eran consumidores abusivos habituales de alcohol ⁽²⁹⁾. En Ecuador según datos del CONSEP, el 41,31% de estudiantes que presentan uso ocasional de alcohol tienen más de 16 años, este mismo grupo de edad presenta 68,28% de uso regular y uso intenso de 80,04%. El inicio de consumo es de 10 años promedio ⁽⁵⁾.

Modelos explicativos y teóricos sobre el consumo de alcohol en la adolescencia

El inicio del consumo de alcohol en los adolescentes está determinado por varios factores, comenzando por la imitación, el modelado social, por sugestión y persuasión, obediencia, etc., pasando por explicaciones que tienen relación con la inmadurez del lóbulo frontal encargado de tomar decisiones adecuadas y de planear el futuro ⁽²²⁾.

Varios modelos y teorías tratan de explicar el inicio del consumo abusivo de alcohol en adolescentes, entre otras están las siguientes:



Teorías parciales o basadas en pocos componentes:

Teoría de la adicción como un trastorno con sustrato biológico (Khantzian, 1985): entiende la adicción desde una perspectiva fundamentalmente biológica y la hipótesis de la automedicación, lo cual explica la dependencia a la sustancia y el síndrome de abstinencia, es decir “*el individuo consumiría la sustancia porque una vez que la ha descubierto, probado y ha notado con ella sus efectos positivos, su organismo precisa autorregularse mediante la misma*” (32,33).

Modelo de salud pública 1986: refiere que las consecuencias del consumo son recíproca entre huésped (individuo), medio ambiente (medio biológico, social y físico) y agente (drogas); este modelo pretende aumentar la resistencia individual al agente, por ejemplo resistir frente a la presión de grupo, proteger a los individuos frente al agente por ejemplo educar sobre drogas o crear modelos de prevención, aislamiento del huésped frente al agente como por ejemplo fomentar colegios y comunidades libres de droga y finalmente modificación del agente para disminuir el daño (33).

Teorías del aprendizaje: explican el consumo a través del condicionamiento clásico (estímulo-respuesta), operante (castigo o recompensa) y social (imitación) (33).

Teoría del aprendizaje social de Bandura: se basa en los “*principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que se lleva a cabo la conducta*” (32,34).

Teorías basadas en la familia o el enfoque sistémico: este modelo considera el consumo de alcohol u otras sustancias como una expresión de conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar, el consumo de alcohol permite enfrentarse con estresores



internos o externos o mantener procesos establecidos en la organización familiar (33,35).

Modelo social de Stanton Peele (1985): refiere el papel de las adicciones basado en el estilo de vida, el cual está influenciado por experiencias pasadas, la personalidad y el entorno social; sostiene que *“no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción, sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y cómo responde tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual a la misma”*; *el modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse si mismo influyen en la experiencia adictiva”*...*“Las drogas y las conductas que producen adicción se convertirían en muletilas que tiene la persona para afrontar mejor su vida ente situaciones de estrés, ansiedad, dolor depresión”* (32,35).

Teorías evolutivas

Modelo de Kandel: refiere que el comportamiento de consumo está influenciado por la adquisición de conductas y valores en su mayor parte determinada por las relaciones sociales que impactan sobre el individuo. Las influencias básicas para la conducta de consumo son la familia y los pares, junto a factores del individuo y otras conductas desviadas. El contacto con las drogas se ve influenciado por características interpersonales e intrapersonales, como por ejemplo *“la relación entre depresión y abuso de sustancias”* (32,36). La conducta de consumo abusivo es evolutiva o secuencial, inicia con el consumo de drogas legales como el tabaco y el alcohol gradualmente hasta llegar al consumo de drogas ilegales (32,33,36).

Teoría de la Pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb 1996: plantea que llevar a cabo actividades prematuras o adquirir roles adultos, facilita el consumo de drogas. Algunos factores que contribuyen a la seudomadurez son: *“incapacidad de retrasar la gratificación, sensibilidad y responsabilidad a la*



presión de los iguales, percepción de adultez y familias disfuncionales” (32,33). El desarrollo prematuro, la falta de habilidades y de madurez pueden conllevar a conductas negativas y al consumo de drogas (32,33).

Teorías integrativas

Modelo de la promoción de la salud: auspiciado por la OMS, luego de la primera Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud en 1986 y la Declaración de Alma Ata en 1978, dan gran relevancia a la asistencia sanitaria y a los factores culturales, económicos, sociales, políticos y organizativos que inciden en dicha asistencia, tiene una comprensión holística de la salud, considerando a la salud como un derecho humano (32,33).

Teoría de la conducta problema de Jessor (1977-1992): plantea un modelo integrador que incorpora elementos de diversas teorías (cogniciones, aprendizajes, relaciones interpersonales, constructos) considera unos factores de riesgo y protección, como predictores del comportamiento problemático en la adolescencia, que abarca conductas de riesgo para la salud como inadaptación escolar y delincuencia, lo cual se presenta frente a la interacción entre el sujeto y contexto, considerando los factores biológico/genéticos, medio percibido, medio social, personalidad y conducta como una unidad; los resultados de estos riesgos en relación al compromiso con la salud/vida, los roles sociales, el desarrollo personal y la preparación para la vida adulta, se ven afectados en la adolescencia por el consumo de drogas, conducta social o delincuencia juvenil (32,33,37).

La teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis 1994: refiere una interacción desde varios niveles que se relacionan con tres grupos de influencia que se mueven a lo largo de esos niveles como son: influencias culturales y ambientales, contexto-situación social y las influencias interpersonales con elementos relevantes como: influencia actitudinal, social e interpersonal que



influyen de modo independiente y afectan de manera interactiva las decisiones de un cierto modo para actuar ^(33,37).

Teoría de los cinco alternativos de Marvin Zuckerman: se trata de un modelo de personalidad enmarcado dentro de los modelos biológico/factoriales, parte de la idea de Eysenk, quien refiere que la personalidad puede ser descrita por un número reducido de dimensiones y en este sentido Zuckerman define cinco factores de riesgo como: impulsividad, neuroticismo-ansiedad; agresión-hostilidad; actividad y sociabilidad. Refiere que los adolescentes inician el consumo por el interés del riesgo y el deseo de vivir sensaciones nuevas e intensas y de ponerse a prueba para conseguir altos niveles de estimulación ^(32,33,37).

El modelo de Zuckerman se sustenta en las bases biológicas, especialmente en el papel que desempeña la monoaminooxidasa (MAO), una enzima que actúa en la sinapsis neuronal del sistema nervioso central (SNC) como reguladora de los procesos de transmisión nerviosa, las personas que presentan una disminución de esta enzima, tienen puntuaciones altas en el test creado por el mismo autor para búsqueda de sensaciones y esto a su vez afecta a tres neurotransmisores como son: la dopamina, serotonina y noradrenalina, con importantes consecuencias en la conducta básica como la de aproximación y evitación; la noradrenalina y la dopamina mediatizan los componentes de recompensa, la dopamina controla la disponibilidad de explorar y de aproximarse a estímulos nuevos, mientras que la noradrenalina regula la sensibilidad y el refuerzo positivo, los hombres suelen tener mayores puntuaciones en la escala y además correlaciona negativamente con la edad, es decir estas sensaciones disminuyen con la edad, por lo que en la adolescencia y en la juventud tiene un mayor pico ^(32,33,37).



Determinantes sociales relacionados al consumo de alcohol

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, denomina a los determinantes sociales como *“un conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño para la salud individual y colectiva; factores complejos que al interactuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades; se refiere a las interacciones entre las características individuales, factores sociales, económicos y los entornos físicos, en estrecha relación con la distribución de la riqueza en la población y no sólo con su producción”* (38,39).

Según la OMS, *“los determinantes sociales son el contexto en el que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, de acuerdo a la distribución del poder y recursos a nivel mundial, nacional y local que a su vez esto depende de las políticas públicas”* (39).

El proceso salud-enfermedad ha ido cambiando en su definición, es así que en 1978, en Alma-Ata, con la celebración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, surge la “Declaración sobre cuidados primarios de salud”, que exhortó a todos los gobiernos a que formularan políticas, estrategias y planes de acción nacionales con el fin de iniciar y mantener la atención primaria de salud para lograr alcanzar en el año 2000, un nivel de salud que permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. En 1986, en la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa, se presenta la denominada “Carta de Ottawa”, en la que se destacan: la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema saludable y un uso sostenible de los recursos como prerrequisitos para la salud y quedando puesta de manifiesto la relación existente entre: las condiciones sociales y económicas y el entorno físico (36).



Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes, entre los modelos clásicos es importante recalcar el modelo holístico de Laframbroise (1973), desarrollado por Mar Lalonde (ministro de salud canadiense) quien en su informe Lalonde (1974), refiere que el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos: medio ambiente, estilos de vida, biología humana y sistema de asistencia sanitaria ⁽³⁶⁾:

- *Los estilos de vida* hacen referencia a conductas de riesgo para la salud como el uso de drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa y la mala utilización de los servicios sanitarios.
- *La Biología humana* se refiere a constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento
- *El medio ambiente* como la contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural ⁽³⁶⁾.
- *El sistema de asistencia sanitaria* refiere a la mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia ⁽³⁶⁾.

Las políticas públicas buscan minimizar el fenómeno del alcoholismo en la adolescencia en relación a los determinantes sociales, sin embargo el consumo aún es preocupante ^(35,36).

Para nuestro estudio se ha tomado de este modelo, los determinantes sociales como estilos de vida y algunos factores del determinante medio ambiente como la migración, estructura familiar y la funcionalidad familiar:

Estructura familiar, la constitución del Ecuador reconoce los siguientes tipos de familia: familia de padres separados, familia de madre o padre soltero/a, familia monoparental, familia extensa y familias homo parentales ⁽⁴⁰⁾.



Según los Archivos de Medicina Familiar de la Asociación Latinoamericana de profesores de medicina familiar de México, refieren que la estructura familiar es un “conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar” y clasifican a la familia según su estructura en: familia nuclear, familia extensa, monoparental y reconstruida o reconstituida. Entre otros tipos de familia se encuentran: familia de homosexuales u homoparentales, familias de padres separados y familia de padres solteros ⁽⁴¹⁾.

Para nuestro estudio, consideramos los siguientes tipos de familia:

- *Familia nuclear*: se compone de padre y madre con hijos o sin hijos
- *Familia extensa*: familia nuclear más otras personas con parentesco
- *Familia monoparental*: “solo padre o solo madre con hijos”.
- *Familia reconstituida*: “padre y madre, donde uno de ellos o ambos han sido separados, divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior”.
- *Homoparentales*: parejas homosexuales con o sin hijos.
- *Familias con padres separados*: donde solo el padre o madre convive con los hijos, pero los dos se responsabilizan de sus hijos.
- *Familia de padre o madre solteros*: solo el padre o madre se responsabiliza de sus hijos ⁽⁴¹⁾.

La desintegración familiar generada por los divorcios ha aumentado, es así que según datos del INEC, los divorcios se han incrementado durante los últimos 10 años en un 95,3% en Ecuador y en el Azuay en un 18,99% ⁽⁴²⁾; un estudio realizado por Vélez en el 2011 en un colegio de Cuenca-Ecuador, de 226 adolescentes, el 18% refiere el consumo por la desintegración familiar ⁽⁴³⁾.

Funcionalidad familiar: según Salvador Minuchin, en 1977, menciona que la función familiar se trata de un conjunto invisible de demandas funcionales, que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia; los problemas aparecen cuando: existe conflicto de pertenencia a los subsistemas



(problemas conyugales, parental o filial), disfunción de las fronteras (cuando el subsistema de padres eleva al subsistema de hijos o a su mismo nivel), trastornos en la relación de familia con el entorno (fronteras) y reacción inadecuada, exagerada o insuficiente. Las familias según el comportamiento o funcionamiento se clasifican en familias funcionales, familias desligadas y familias caóticas ⁽⁴⁴⁾.

En la revista de Archivos de Medicina Familiar de México del año 2005, se define a la función familiar como la *“homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social”*. Es funcional una familia cuando sus integrantes cumplen sus funciones como un sistema con organización e interacción de sus integrantes ⁽⁴¹⁾.

En Ecuador, el CONSEP determina que en familias con mala relación entre padres, los adolescentes presentan un consumo de alcohol de 8.1% ⁽¹¹⁾.

Estilos de vida: la OMS, en 1992 define al estilo de vida como *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que depende a su vez de las políticas adoptadas”* ⁽³⁸⁾. El estilo de vida son comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud, este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Laframboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud ⁽⁴⁵⁾.

Alfred Adler denomina estilos de vida a las formas de conducir la vida de una persona por sí misma partiendo de sus sentimientos de inferioridad en busca de



superioridad. Las condiciones sociológicas influyen en el moldeamiento del estilo de vida de una persona ⁽⁴⁶⁾.

El modelo social de Stanton Peele 1985 sobre las adicciones, refiere que las adicciones se generan debido al estilo de vida, que ésta “*se produce por el modo como la persona interpreta la experiencia, el modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo, determinando por las experiencias pasadas, la personalidad y el entorno social*”. Las conductas negativas y drogas pueden convertirse en adictivas como la comida basura y el consumo de alcohol, “*se convierten en especie de muletillas que utilizan algunas personas para afrontar mejor su vida ante situaciones de estrés, ansiedad, sufrimiento, inestabilidad, etc.*” ⁽⁴⁶⁾. Para este estudio se considera como estilo de vida los dominios que evalúa el test FANTASTIC ⁽⁴⁷⁾.

Migración: consiste en un desplazamiento de una persona producido por un cambio de residencia hacia un país o región diferente para radicarse de forma temporal o definitiva, considerando como residencia un aspecto privado de una persona, excluyendo los desplazamientos temporales o cotidianos debido a trabajo o profesión ^(48,49). Existen varios tipos de migración como: migración de retorno o repatriación, migración estacional, migración externa, inmigración, migración interna y emigración ^(48,49).

Un estudio realizado por Sicha et al, en el 2010, en Cuenca-Ecuador, refiere que 77,1% de estudiantes pertenecen a familias con miembros migrantes y consumen alcohol ⁽⁶⁾.

Para identificar el consumo abusivo alcohol se utilizan varios instrumentos, entre los que se tiene:

Criterios Diagnósticos DSM5: son criterios usados para establecer el diagnóstico de consumo de alcohol en todo el mundo, su uso es de manera generalizada, ya



que ofrece mayor sensibilidad y especificidad que otros instrumentos; consta de once criterios, que se pueden responder de manera dicotómica sí y no, se evalúa de la siguiente manera: consumo leve, cuando presenta de 2-3 síntomas, consumo moderado cuando presenta de 4-5 síntomas y consumo grave cuando presenta 6 o más síntomas. Ver anexo 4

Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): Se trata de un instrumento construido y valorado por Ortega, de la Cuesta y Días (1999), la primera autora es Master en Atención Primaria de la Salud, la segunda autora es Master en Psicología de la Salud y la tercera es Licenciada en Enfermería, el instrumento fue creado “*para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar*”, mide 7 variables como son:

- “Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas”.
- “Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo”.
- “Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa”.
- “Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones”.
- “Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros”.
- “Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar”.
- “Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera”.⁽⁵⁰⁾

El FF-SIL “*consiste en una serie de situaciones que pueden o no ocurrir en la familia, para un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las siete variables*”⁽⁵⁰⁾:



Tabla Nº 3

<i>Variables del FF-SIL</i>	<i>Ítems</i>
<i>Cohesión</i>	<i>1 y 8</i>
<i>Armonía</i>	<i>2 y 13</i>
<i>Comunicación</i>	<i>5 y 11</i>
<i>Permeabilidad</i>	<i>7 y 12</i>
<i>Afectividad</i>	<i>4 y 14</i>
<i>Roles</i>	<i>3 y 9</i>
<i>Adaptabilidad</i>	<i>6 y 10</i>

Fuente: Ortega M, De la Cuesta D, Díaz C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Revista Cubana de Enfermería. Cuba 1999.

La suma de las respuestas determinarán el funcionamiento familiar: 70-57 puntos determina un familia funcional, de 56 a 43, familia moderadamente funcional, de 42 a 28 puntos familia disfuncional y de 27 a 14 puntos es una familia severamente disfuncional. Con relación a la confiabilidad y validez “se obtuvo un coeficiente de 0,94, lo que demuestra confiabilidad del test”⁽⁵¹⁾.

Un estudio realizado por Martínez G. para validación por expertos del test SS-FIL, en Uruguay, determina que el 50% de los ítems son muy pertinentes, el 43% pertinentes y el 7% poco pertinentes. La media del coeficiente de confiabilidad o de correlación de Pearsons fue de 0,42, la relación positiva existe, pero no es perfecta, sin embargo el alfa de Cronbach dio 0,91, este resultado refleja la validez del instrumento⁽⁵²⁾. Otro estudio realizado en 100 adolescentes de entre 15 y 19 años en México, en el 2011, para describir la funcionalidad familiar relacionada a consumo de alcohol, determina según el test SS-FIL un 48% de familias moderadamente funcionales, un 29% disfuncional, el 2% severamente disfuncional y solo el 21% es funcional⁽¹³⁾.

Cuestionario FANTASTIC: diseñado por Wilson y colaboradores de la Universidad de McMaster de Canadá en el 2000; “este instrumento consta de 25 ítems cerrados, que cubren nueve dominios donde se consideran los componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida, ha sido validado en grupos de estudiantes y empleados de instituciones educativas y en pacientes sin patologías médicas en Canadá, Australia y algunos países sudamericanos



como *Argentina, Colombia*" ⁽⁴⁷⁾. El coeficiente de correlación test re-test es de 0,81 ($p=0,01$); tiene cinco opciones de respuesta, la calificación oscila de cero a cuatro en cada ítem y tiene una calificación total de 100 puntos ⁽⁴⁷⁾.



CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

La prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes del colegio Daniel Córdova Toral de la ciudad de Cuenca-Ecuador es superior al 24% y está asociado a los siguientes determinantes sociales: estructura familiar, funcionalidad familiar, estilos de vida y migración.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Determinar la prevalencia consumo de alcohol en los adolescentes del colegio Daniel Córdova Toral de la ciudad de Cuenca-Ecuador y su asociación con los determinantes sociales.

Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de consumo de alcohol en los adolescentes.
- Identificar los determinantes sociales relacionados al consumo de alcohol.
- Determinar la asociación entre consumo de alcohol y los determinantes sociales.



CAPÍTULO IV

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio y diseño general

Se trata de un estudio cuantitativo observacional transversal, que permitió conocer la prevalencia de consumo de alcohol en los adolescentes del colegio Daniel Córdova Toral de Cuenca-Ecuador y su relación con los determinantes sociales.

Universo y muestra

El universo es finito constituido por 664 adolescentes del colegio Daniel Córdova Toral, de la ciudad de Cuenca-Ecuador, ubicado en la calle Jorge Merchán Aguilar y pasaje del Paraíso.

Muestra, tipo de muestra, cálculo del tamaño y selección de los individuos (muestreo)

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula para población finita o conocida:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2(N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

N: población

Z²: nivel de confianza

p: prevalencia (los que tienen la enfermedad)

q: los que no tienen la enfermedad, 100-p

e²: error al cuadrado



Para este estudio se utilizó los siguientes programas estadísticos: Edidat, Epi Info y Ene3 con las siguientes restricciones muestrales:

Tamaño de la población (N): finita (664), proporción esperada (p): 24%, nivel de confianza: 95%, precisión: 5%, pérdidas 10%. El resultado de los programas estadísticos fue de (n) 218 participantes.

Para el muestreo, se realizó una aleatorización simple usando la nómina de estudiantes del colegio, para esto se usó el programa randomization.com. Ver anexo 8

Criterios de inclusión: adolescentes de ambos sexos, matriculados en el colegio Daniel Córdova Toral de la ciudad de Cuenca, que aceptaron participar en el estudio de manera anónima y mediante la firma del asentimiento informado.

Criterios de exclusión: adolescentes que el día de aplicación de la encuesta no estuvieron presentes y aquellos que una vez iniciada la encuesta, desistieron.

Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, método, técnica y control de la calidad de los datos

Procedimiento para la recolección de la información

1. Selección de la muestra
2. Se adecuó el coliseo del colegio para la aplicación de instrumentos
3. Se coordinó con el inspector general del colegio, para fijar día y hora para reunir a los adolescentes y aplicar los instrumentos.
4. Firmas del asentimiento y/o consentimiento informado a los participantes.
5. Explicación del instructivo a los participantes para el llenado de los instrumentos de recolección de datos.
6. Aplicación de instrumentos



Instrumentos para recolección de datos

- ***Formulario:*** para datos sociodemográficos, estructura familiar y migración. Ver anexo 3
- ***Criterios Diagnósticos DSM5:*** Para determinar el consumo de alcohol. Ver anexo 4
- ***Test FF-SIL:*** para evaluar funcionalidad familiar. Ver anexo 5
- ***Test FANTASTIC:*** para evaluar estilo de vida. Ver anexo 6

Método: Observacional

Técnica: Encuesta

Control de calidad de los datos: Los datos fueron obtenidos exclusivamente por la investigadora, se aplicó instrumentos validados y se prestó asesoría a preguntas de los participantes.

Variables de estudio

- Variable dependiente: consumo de alcohol
- Variable independiente: determinantes sociales

Operacionalización de las variables. Ver anexo 7

Análisis de los resultados

Los datos obtenidos se codificaron, tabularon e ingresaron en una base de datos usando el programa SPSS versión 15.

Los resultados se presentan en tablas simples, utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cuantitativas y cualitativas; para la variable cuantitativa (edad) se obtuvo además la media y desviación estándar.



Se determinó el nivel de la asociación del consumo de alcohol con los determinantes sociales (estructura familiar, funcionalidad familiar, estilo de vida, y migración), para lo cual las variables fueron dicotomizadas y mediante una tabla tetracórica se obtuvo La Razón de Prevalencia (RP) con su intervalo de confianza al 95% y se aplicó el chi cuadrado para obtener el p valor, siendo estadísticamente significativo cuando la $p \leq 0.05$.

Para identificar los determinantes sociales que más se relacionen con el consumo, se realizó un análisis multivariado a través de regresión logística binaria.

Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación

1. Aprobación del protocolo por la Universidad
2. Permiso del colegio para desarrollar el estudio, evidenciado mediante la sumilla en el oficio por parte del rector del colegio. Ver anexo 1.
3. Socialización del proyecto a los estudiantes del colegio
4. Se explicó con claridad los objetivos, ventajas y desventajas del estudio
5. Ningún adolescente fue forzado a participar
6. La información recolectada fue manejada con absoluta reserva
7. La encuesta fue anónima
8. Los resultados del estudio se entregarán a las autoridades del colegio.



CAPÍTULO V

RESULTADOS

Se realizaron 218 encuestas a los participantes, no hubo pérdidas. El 30,3% de la muestra corresponde a estudiantes de 16 años de edad, aunque la media es $16,08 \pm DS: 1,077$; la distribución es simétrica y mesocurtica, por lo cual, para el análisis de datos se emplearon pruebas paramétricas, encontrándose los siguientes resultados:

Tabla Nº 5

Distribución de 218 estudiantes según datos demográficos

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)*	14	10	4,6
	15	64	29,4
	16	66	30,3
	17	56	25,7
	18	21	9,6
	19	1	0,5
Sexo	Masculino	211	96,8
	Femenino	7	3,2
Curso	Primero de bachillerato	97	44,5
	Segundo de bachillerato	60	27,5
	Tercero de bachillerato	61	28,1
Especialidad	Electricidad	49	22,5
	Industrial	65	29,8
	Electromecánica	58	26,6
	Electrónica	46	21,1

*Media: 16,08; DS: 1,077

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: la investigadora

Como se aprecia en la tabla anterior, la muestra de estudio corresponde en 96,8% a estudiantes de sexo masculino. El curso con más sujetos de estudio fue el primero de bachillerato con 44,5%. Predomina la especialidad industrial con un 29,8%.



Tabla No 6

Distribución de 218 estudiantes según determinantes sociales			
Variables		Frecuencia	Porcentaje
Estructura familiar	Nuclear	122	56,0
	Extensa	10	4,6
	Monoparental	58	26,6
	Reconstituida	11	5,0
	Otro	17	7,8
Familiar migrante	Si	120	55,0
	No	98	45,0
Estilo de vida (FANTASTIC)	Peligro	4	1,8
	Bajo	52	23,9
	Regular	70	32,1
	Bueno	85	39,0
	Excelente	7	3,2
Funcionalidad familiar (FF-SIL)	Funcional	73	33,5
	Moderadamente funcional	109	50,0
	Disfuncional	34	15,6
	Severamente disfuncional	2	0,9
Consumo Abusivo de alcohol DSM5	Leve	75	34,4
	Moderado	12	5,5
	Grave	5	2,3
	No	126	57,8
Total		218	100

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: la investigadora

Según la tabla anterior, el 56%, de los adolescentes tienen una estructura familiar nuclear, seguidos de la de tipo monoparental 26,6%. Según la funcionalidad familiar de los participantes el 50% pertenecen a familias moderadamente funcionales; existe una distribución de un 55% de participantes que tienen familiar migrante frente a 45% que no tiene familiar migrante.

El 57,8% de los participantes, refieren no tener problemas con consumo de alcohol; el 34,4% tienen un patrón de consumo leve, el 5,5% es moderado y el 2,3% grave.

Analizando los datos y buscando grados de asociación entre el consumo de alcohol y los factores que en este estudio lo denominamos determinantes sociales, encontramos (tabla No. 7):



Tabla Nº 7
Distribución de 218 estudiantes según determinantes sociales del consumo de alcohol

Variable	Consumo	No consumo	RP	IC95%	p-valor
Edad					
14-17	82 (37,6%)	114 (52,3%)	0,920	0,565-1,497	0,744
18-19	10 (4,6%)	12 (5,5%)			
Sexo*					
Masculino	90 (41,3%)	121 (55,5%)	1,492	0,457-4,866	0,723
Femenino	2 (0,9%)	5 (2,3%)			
Especialidad					
Electricidad					
Otras: industrial, electromecánica y electrónica	22 (10,1%)	27 (12,4%)	1,083	0,757-1,551	0,664
	70 (32,1%)	99 (45,4%)			
Industrial					
Otras: electricidad, electromecánica y electrónica	24 (11,0%)	41 (18,8%)	0,830	0,577-1,195	0,303
	68 (31,2%)	85 (40,0%)			
Electromecánica					
Otras: electricidad, industrial y electrónica	31 (14,2%)	27 (12,4%)	1,401	1,027-1,913	0,042
	61 (28,0%)	99 (45,4%)			
Electrónica					
Otras: electricidad, industrial y electromecánica	15 (6,9%)	31 (14,2%)	0,728	0,465-1,139	0,138
	77 (35,3%)	95 (43,6%)			
Familiar migrante					
Sí tiene	58 (26,6%)	62 (28,4%)	1,393	1,002-1,935	0,0425
No tiene	34 (15,6%)	64 (29,4%)			
Estilo de vida					
Mal estilo	72 (33,0%)	54 (24,8%)	2,628	1,733-3,985	0,000
Buen estilo	20 (9,2%)	72 (33,0%)			
Estructura familiar					
Nuclear					
Las demás: extensa, monoparental, reconstituida, otra	46 (21,1%)	76 (34,9%)	0,786	0,577-1,071	0,129
	46 (21,1%)	50 (22,9%)			
Extensa					
Las demás: nuclear, monoparental, reconstituida, otra	56 (2,8%)	4 (1,8%)	1,451	0,853-2,468	0,401
	86 (39,4%)	122 (55,9%)			
Monoparental					
Las demás: nuclear, extensa, reconstituida, otra	20 (9,2%)	38 (17,4%)	0,766	0,516-1,136	0,164
	72 (33,0%)	88 (40,4%)			
Reconstituida					
Las demás: nuclear, extensa, monoparental, otra	8 (3,7%)	3 (1,4%)	1,792	1,204-2,667	0,073
	84 (38,5%)	123 (56,4%)			
Otras					
Las demás: nuclear, extensa, monoparental, reconstituida	12 (5,5%)	5 (2,3%)	1,773	1,248-2,518	0,026
	80 (36,7%)	121 (55,5%)			
Funcionalidad familiar					
Disfuncional	72 (33,0)	73 (33,5)	1,812	1,205-2,725	0,001
Funcional	20 (9,2)	53 (24,3)			

*Con corrección de Yates

Fuente: Base de datos. Elaborado por: la investigadora



En relación a la edad, tener entre 14-17 años es un factor protector (RP=0,920) para el consumo de alcohol, sin embargo la precisión mediante el IC95% (0,565-1,497) no corrobora este dato, además no existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p=0,74$).

Pertenecer al sexo masculino es un factor de riesgo para el consumo de alcohol 1,492 veces más que pertenecer al sexo femenino, sin embargo el IC95% engloban la unidad y p valor no determina una diferencia estadísticamente significativa.

En relación a la especialidad, estudiar electromecánica, es un factor de riesgo para el consumo de alcohol 1,401 veces más que estar en las otras especialidades, corroborado con su IC95% 1,027-1,913 y su p valor=0,042, que muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Estudiar electricidad, con RP=1,15 se presenta como factor de riesgo para el consumo de alcohol, sin embargo el IC95% no corrobora este dato ya que engloba la unidad y el p valor no es estadísticamente significativo.

Tener un familiar migrante es un factor de riesgo para el consumo de alcohol 1,393 veces más que los que no tienen un familiar migrante, con un IC95% de 1,002-1,935 y con una significancia estadística $p=0,042$.

El tener un mal estilo de vida, de acuerdo a RP=2,628 constituye un factor de riesgo para consumo de alcohol 2,628 veces más frente a los que sí tienen un buen estilo de vida, con un IC95% de 1,733-3,985 y p valor=0,000, lo cual determina una diferencia estadísticamente significativa.

Tanto la estructura familiar nuclear (RP=0,786) como la estructura familiar monoparental (RP=0,766), no son factores protectores para el consumo de



alcohol, a pesar de presentar la RP menor a la unidad, ya que el IC95% representa riesgo en su límite superior y el p valor no es estadísticamente significativo.

Respecto de pertenecer a familia de estructura extensa, no es un factor de riesgo para el consumo a pesar de tener un $RP=1,451$, dato corroborado por su IC95% (0,853-2,468) y el p valor=0,24 determina que no existe diferencia estadísticamente significativa.

La estructura familiar reconstituida es 1,792 veces más riesgo para el consumo de alcohol, con IC95% 1,204-2,667 pero su p valor es de 0,073.

Pertenecer a “otros tipos de estructuras familiares” es 1,773 veces más riesgo para el consumo de alcohol, corroborado por su IC95% 1,248-2,518 y su p valor=0,026, demostrando una diferencia estadísticamente significativa.

Los adolescentes que pertenecen a una familia disfuncional tiene riesgo para el consumo de alcohol 1,812 veces más frente a los que pertenecen a una familia funcional, este dato es corroborado con el IC 95% 1,205-2,725 y con un valor de $p=0,001$, lo que muestra una diferencia estadísticamente significativa.

En nuestro estudio además se realizó un análisis de regresión logística binaria, en el cual se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla Nº 8
Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

	Chi cuadrado	Gl	Sig.
Paso	30,395	4	,000
Paso 1 Bloque	30,395	4	,000
Modelo	30,395	4	,000

Fuente: Base de datos
Elaborado por: la investigadora



Según la prueba Omnibus, el X^2 30,395, con cuatro grados de libertad y el $p=0,000$, determina que al menos una de las variables (determinantes) presentes en el modelo se encuentra asociada al consumo de alcohol.

Tabla Nº 9

		Variables en la ecuación						I.C. 95% para EXP(B)	
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Paso 1ª	Familiar migrante	,222	,312	,504	1	,478	1,248	,677	2,302
	Funcionalidad familiar	,390	,353	1,221	1	,269	1,477	,740	2,949
	Estilo de vida	1,406	,341	16,974	1	,000	4,080	2,090	7,966
	Estructura familiar	-,140	,314	,199	1	,655	,869	,469	1,609
	Constante	-1,518	,330	21,212	1	,000	,219		

Fuente: Base de datos
Elaborado por: la investigadora

Analizando la columna Exp (B), encontramos que solamente el tener un mal estilo de vida se asocia con 4,080 veces más de riesgo de consumo de alcohol que en los que tienen un buen estilo de vida, esto es corroborado por su intervalo de confianza IC95% 2,090-7,966 y su p -valor=,000, lo cual demuestra una diferencia entre los grupos estadísticamente significativa.

Tener un familiar migrante (1,248) y mal funcionamiento familiar (1,477), también se presentan como determinantes asociados al consumo de alcohol, sin embargo sus IC95% no corroboran este dato ya que engloban la unidad y su p valor no es estadísticamente significativo.

La estructura familiar según el análisis se presenta como un factor protector, pero este dato no es corroborado por sus IC95% y su p valor no es estadísticamente significativo.



Finalmente, realizando un modelo predictivo con Regresión logística, la probabilidad de consumo de alcohol en la adolescencia se da cuando un adolescente pertenece al sexo masculino, con familiar migrante, con una familia disfuncional y desestructurada y con un mal estilo de vida, que en conjunto lleva a un 58,879% de probabilidad, frente a 17,969% en adolescentes que no presentan consumo cuando no se presentan éstas variables.

Contrastación de Hipótesis

Se rechaza la H0 en relación a prevalencia de consumo de alcohol (42,2%), de igual manera se rechaza la H0 en relación al estilo de vida (RP=2,628; IC95%=1,733-3,985; p=0,000); funcionalidad familiar (RP=1,812; IC95%=1,205-2,725; p=0,001) y migración (RP=1,393; IC95%=1,002-1,935; p=0,0425).



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La prevalencia de consumo de alcohol en los adolescentes del colegio Daniel Córdova Toral es del 42,2%; este dato es superior al estudio realizado por el CONSEP-Ecuador, que en la cuarta Encuesta Nacional realizada en el 2012 a nivel nacional, reporta un 20,56% y en la ciudad de Cuenca de 24.50% ⁽⁵⁾.

Los resultados de nuestro estudio demuestran que el tener un familiar migrante es un factor de riesgo para el consumo de alcohol, dato que coincide con Lara en su estudio en el 2010, en la ciudad de Azogues, quien refiere que la migración de los progenitores se relaciona al consumo con $RP=1,02$; y con el estudio realizado por Sicha et al, que determina que el 77.1% de migración se relaciona al consumo de alcohol ^(9,6).

El mal estilo de vida constituye un factor de riesgo para el consumo de alcohol, este dato coincide con el estudio de Gárciga et al, que determina que el 86% de consumo es debido al mal estilo de vida; también el estudio de Mahecha y Calderón, concluyen que los adolescentes tienen un estilo de vida poco saludable y el 12,8% consumen alcohol de manera periódica, el 32% ocasionalmente y el 44,8% tienen una marcada tendencia a consumir alcohol en la vida adulta; y por último el estudio realizado en Cuenca por Jaramillo J. determina, que el estilo de vida es un factor de riesgo 2.6 veces mayor para el consumo de alcohol ^(16,17,14).

En relación a la estructura familiar, nuestro estudio concluye que pertenecer a una familia reconstituida y otro tipo de estructura familiar, es un factor de riesgo para el consumo de alcohol, datos que concuerdan con el estudio del CONSEP-Ecuador en el año 2007, donde determina que las personas que viven en familias incompletas presentan un consumo de alcohol de 6,8% en relación a las que



viven en familias completas 3.9%; de esta manera se evidencia que la desestructuración familiar es un factor de riesgo para el consumo de alcohol ⁽¹¹⁾.

Nuestro estudio concluye que pertenecer a una familia disfuncional es un factor de riesgo para el consumo de alcohol, resultado que coincide con el estudio realizado por Milena et al, quienes refieren que un adolescente con familia disfuncional incrementa el consumo de alcohol en un 6,4% ⁽¹²⁾; Hernández C. et al, mencionan un incremento en el consumo en 32% ⁽¹³⁾; también el CONSEP-Ecuador refiere que pertenecer a una familia disfuncional presenta un consumo de 8,1% ⁽¹⁴⁾ y en la Ciudad de Cuenca Sicha et al, refiere que pertenecer a una familia disfuncional es un factor de riesgo para el consumo de alcohol en un 77,8% ⁽⁶⁾.



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol en los estudiantes del Colegio Daniel Córdova es mayor que otros estudios realizados en nuestra región 42,2%, como por ejemplo el del CONSEP-Ecuador que refiere el 24% de prevalencia de consumo en Cuenca.

Nuestra muestra tiene una media de edad de 16,08 años, el 97% pertenece al sexo masculino, el 48% son de primero de bachillerato, mayormente pertenecen a la especialidad de industrial, provienen de un hogar tipo nuclear, más de la mitad tienen familiar migrante, la mayoría tienen un buen estilo de vida y la mitad pertenecen a familias moderadamente funcionales.

Tener un familiar migrante, pertenecer a una familia desestructurada y disfuncional, y llevar un mal estilo de vida se asocia con consumo de alcohol frente a los que no tienen familiar migrante, pertenecen a una familia estructurada y funcional y llevan un buen estilo de vida.

RECOMENDACIONES

Continuar con nuevos estudios en otros colegios y con todas las especialidades, incluyendo a mayor población femenina y con tamaños de muestra más grandes.

Socializar estos resultados a los profesores, autoridades del colegio y a los padres de familia o representantes de los estudiantes.

Fomentar en los directivos y docentes del colegio la enseñanza asociada a un mejor estilo de vida para los estudiantes y familiares, lo cual generaría mejor rendimiento académico y minimización de conductas de riesgo como el consumo de sustancias.



Apoyar a los estudiantes para que mejoren su estilo de vida mediante charlas psicoeducativas y motivar a los padres de familia para que trabajen por lograr hogares con buenos estilos de vida.

Brindar psicoeducación a los padres y estudiantes sobre estructura y funcionamiento familiar, enfocado al buen funcionamiento, prevención de la desintegración familiar y búsqueda de bienestar general.

Realizar charlas psicoeducativas a los padres de familia, enfocadas en la prevención de la migración y mantenimiento de la unión familiar.

Realizar capacitación a los profesores y padres de familia, para detección temprana de consumo de alcohol y drogas en los adolescentes.

Finalmente, se recomienda que el Departamento de Bienestar Estudiantil del colegio, realice un estudio a profundidad con casos que ameriten una posible intervención.



CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Ginebra 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
2. Organización de los Estados Americanos. Informe de uso de drogas en las Américas 2011. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf
3. National Institute on Drug Abuse. NIDA. Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide. EE.UU 2014. Disponible en: https://teens.drugabuse.gov/sites/default/files/podata_1_17_14_0.pdf
4. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas. New York 2012. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
5. Observatorio Nacional de Drogas (CONSEP). Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Ecuador 2012. Disponible en: http://www.prevenciondrogas.gob.ec/descargas/publicaciones_ond/infografias/infografia-cuenca.pdf
6. Sicha A, Sotamba L; Valdivieso M. "Prevalencia del consumo de sustancias adictivas y factores de riesgo asociados en los estudiantes de los colegios de Checa y Chiquintad, Cuenca 2010". Cuenca-Ecuador, 2010. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4028/1/MED45.pdf>
7. Jaramillo J. Construcción de una escala de determinantes sociales de la conducta resiliente adolescente, Cuenca-Ecuador 2014. Revista de la facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca, volumen 33. Cuenca-Ecuador 2015.
8. Valverde Ma P. Estilos de vida y salud en la adolescencia. España 2010. Disponible en: <http://www.injuve.es/observatorio/tesis-doctorales/estilos-de-vida-y-salud-en-la-adolescencia>
9. Lara S. Factores de riesgo asociados con el abuso de ingesta alcohólica en estudiantes del nivel medio en la ciudad de azogues en el año 2010. Universidad de Cuenca-Ecuador 2010. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3932/1/MASP01.pdf>
10. Rützel E. Sisask M, Varnik A, Varnik P, Carli V. et al. Alcohol Consumption Patterns among Adolescents are Related to Family Structure and Exposure to Drunkenness within the Family: Results from the SEYLE Project. International Journal of Environmental Research and Public Health ISSN 1660-4601. Switzerland 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276641/>



11. Consejo Nacional de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas – CONSEP, Observatorio Ecuatoriano de drogas – OED; Comisión Interamericana contra el abuso de drogas - CICAD-OEA; Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito – ONUDD. Informe del estudio nacional a hogares sobre consumo de drogas 2007. Disponible en: http://apps.who.int/fctc/reporting/Ecuador_annex4_household_survey2007.pdf
12. Milena A, Milena R, Fernández M, Helmling J, Gallardo I, et al. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Jaén-España, 2007. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estructura-funcionalidad-familia-durante-adolescencia-13098669>
13. Hernández C, Lizbeth, Carguill, Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco. Rev. Salud en Tabasco vol. 18, núm. 1, Villahermosa, México, Tabasco 2011. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48724427004.pdf>
14. Observatorio Nacional de Drogas (CONSEP). Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Ecuador 2012. Disponible en: <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-12-a-17-a%C3%B1os.pdf>
15. Rodríguez M, Tacuri J. Hábitos de vida de las/los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad de Cuenca 2014. Cuenca –Ecuador 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20989/1/TESIS.pdf>
16. Gárciga OO, Surí TC, Rodríguez JR. Consumo de drogas legales y estilo de vida en estudiantes de medicina. Centro para el desarrollo académico sobre drogodependencias (CEDRO). Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López". La Habana, Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41 (1):4-17. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662015000100002&script=sci_arttext
17. Mahecha J, Calderón C. Estilos de vida de los adolescentes escolares del Departamento de Huila. Colombia 2011. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-EstilosDeVidaDeLosAdolescentesEscolaresDelDepartam-3798792.pdf>
18. Organización mundial de la salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington 2005. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
19. Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia aspectos básicos y clínicos. España 2001. Disponible en: http://sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf
20. Maturana H. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Revista médica clínica Las Condes . Vol N^o 22, pag 98-109 . España 2016. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703972>



21. Ecuador inmediato.com. disponible en: [http://ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=202787&umt=ecuador tiene mas 3 millones jovenes segun in ec](http://ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=202787&umt=ecuador+tiene+mas+3+millones+jovenes+segun+in+ec)
22. Pinos G. Psicología médica, Universidad de Cuenca, Cuenca-Ecuador 1999.
23. American Psychiatric Association, Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders; 5ª. edición, Editorial Interamericana, 2013.
24. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y salud pública en las Américas. Un caso para la acción. Washington 2007. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf
25. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and Public Health. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15705462>
26. CONSEP. Plan de prevención integral de drogas 2014-2017. Ecuador 2013. Disponible en: http://www.seguridad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/03/plan_nacional_seguridad_integral2014_2017v2.pdf
27. Kaplan H. Sinopsis de Psiquiatría 8ª.ed. Buenos Aires Argentina 2001.
28. Asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNYA). Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. pag 229. Editorial Panamericana. España 2010.
29. Pons J, Berjarano E. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. San Juan de Alicante, España 1999. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/consumoAbusivo.pdf>
30. Frager Robert, Fadiman James. Teorías de la personalidad. 6ª edición. México 2010.
31. Da Silva M, et alt. Consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol 18. Universidad de Porto. Portugal 2010. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000200017&script=sci_arttext&tIng=es
32. Becoña E. Teorías y modelos explicativos en prevención de drogodependencias. España 2007. Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/26.modelo-de-botvin-drogodependencia%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/26.modelo-de-botvin-drogodependencia%20(2).pdf)
33. Folgar M. Estudio psicopatológico y psicosocial en drogodependencias. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Social y Básica. España 2005. Disponible en: <https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/9624/b19683716.pdf;jsessionid=D1C9660F00DE009A232B4231F18B4A68?sequence=1>
34. Villareal M. Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes escolarizados. Universidad autónoma de Nuevo León. Monterrey-México 2009. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/m-villarreal/tesis-m-villarreal.pdf>
35. Fernández R, Berdejo M. Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de



- riesgo y protección. Universidad de Zaragoza. España 2008. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-AnalisisTeoricoSobrePrevencionDeDrogodependenciasE-2975178.pdf>
36. Fabre M. Etiología del consumo de alcohol y otras drogas. Blogger 2013. Disponible en: <http://tienesojosenlacara.blogspot.com/2013/12/teorias-explicativas-del-consumo-de.html>
37. Gobierno de España. Teorías aplicadas a la prevención de drogodependencias. Disponible en: <http://www.scout.es/downloads/noteiniaciessincoco/teorias.pdf>
38. Determinantes sociales Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS. Ecuador 2012. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
39. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
40. García J. Diversos tipos de familias reconocidos en la constitución. Revista Judicial derechoecuador.com. Universidad Central del Ecuador. Quito-Ecuador 2011. Disponible en: <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechodefamilia/2010/09/14/diversos-tipos-de-familia-reconocidos-en-la-constitucion>
41. Archivos de medicina familiar de la Asociación Latinoamericana de profesores de medicina familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Revista de archivos de medicina familiar. Vol 7. Supl.1 pp15-19. México 2005. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
42. INEC 2011. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&id=551:en-los-ultimos-diez-anos-el-numero-de-divorcios-se-incremento-en-un-953-en-ecuador&catid=56:destacados&Itemid=3
43. Vélez E, Cobos M. Prevalencia y factores que influyen en el consumo de alcohol en los adolescentes del colegio nacional Cesar Dávila. Universidad de Cuenca 2011. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3491/1/MED72.pdf>
44. F B Simon, H Stierlin, LC Wynne, Vocabulario de Terapia Familiar. Ed Gedisa S.A. Barcelona- España 1993. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/572/4/Capitulo%203.pdf>
45. Águila R. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Chile 2012. Disponible en: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
46. Instituto de adicciones. Departamento de prevención. España 2012. Disponible en: http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/pad_SPA.pdf
47. J.M. López-Carmona et al. Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con



- hipertensión arterial. Atención Primaria. Vol. 26. Núm. 8. México 2000. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-instrumento-fantastic-12282>
48. Organización internacional para las migraciones OIM. Derecho internacional sobre migración. Suiza 2006. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf
49. Ruiz A. Migración oaxaqueña, una aproximación a la realidad Oaxaca: Coordinación Estatal de Atención al Migrante Oaxaqueño, p.13. México 2002. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/guzman_c_e/capitulo1.pdf
50. Ortega M, De la Cuesta D, Díaz C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Revista Cubana de Enfermería. Cuba 1999. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>
51. Suárez C. "Disfuncionalidad familiar y estrategias de afrontamiento con relación a los niveles de depresión en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, del cantón Ambato, de la provincia de Tungurahua. Ambato 2016. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23385/2/Su%C3%A1rez%20Mendoza%20Carmen%20Esthela.pdf>
52. Martínez G. Validación de instrumento de funcionalidad familiar. Universidad de la República. Facultad de enfermería, salto, Uruguay. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Abstract.2583.pdf>
53. J.M. López-Carmona et al. Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. Atención Primaria.Vol. 26. Núm. 8. México 2000. Organización internacional para las migraciones OIM. Derecho internacional sobre migración. Suiza 2006. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2896794>



ANEXOS

Anexo No. 1

DETERMINANTES SOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO DANIEL CÓRDOVA TORAL DE LA CIUDAD DE CUENCA-ECUADOR 2016

OFICIO SUMILLADO DE ACEPTACIÓN DEL COLEGIO

Ing.

Jaime Porras Carrillo

RECTOR DEL COLEGIO DANIEL CÓRDOVA TORAL

Su despacho.-

De mi consideración:

Por medio de la presente hago llegar un respetuoso saludo, a la vez solicito de la manera más comedida se dignen autorizar la ejecución del estudio denominado “Determinantes sociales del consumo de alcohol en los adolescentes del bachillerato del Colegio Daniel Córdova Toral”, mismo que estará a cargo de la Psicóloga Clínica María de Lourdes Romero Romero. Se considera importante obtener un diagnóstico sobre consumo de alcohol en los adolescentes ya que es una droga de uso frecuente y de inicio en edades cada vez más tempranas, convirtiéndose en un problema no solo para el estudiante, sino también para su familia, el colegio y la sociedad en general.

Este estudio brindará un diagnóstico sobre el consumo de alcohol y su relación con determinantes sociales. Se sabe que el consumo de alcohol está relacionado a determinantes sociales como estructura familiar, función familiar, estilos de vida, emigración y proyecto de vida, por lo tanto, este estudio brindará un diagnóstico sobre el consumo de alcohol y su relación con los mencionados determinantes sociales, contribuyendo con datos actuales y fiables para el colegio a su cargo, lo cual permitirá que su autoridad pueda planificar programas de intervención y prevención en el consumo.



Para cumplimiento y seriedad, los datos serán manejados con absoluta reserva. Por ningún motivo se darán a conocer a las autoridades del colegio ni a ninguna persona o entidad, los datos personales de los estudiantes participantes ni otra información que permita identificarlos.

La información colectada se publicará en la tesis de la maestría en Investigación de la salud de la Universidad de Cuenca de maestrante María de Lourdes Romero Romero y en otros documentos de carácter científico, guardando siempre la confidencialidad de la información personal de los participantes.

Por la atención favorable a la presente anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,

María de Lourdes Romero Romero

ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN DE LA SALUD



Anexo Nº 2

Asentimiento informado

Yo, María de Lourdes Romero Romero, en calidad de investigadora, por el presente documento le informo que realizaré el estudio denominado: DETERMINANTES SOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO DANIEL CÓRDOVA TORAL CUENCA-ECUADOR, 2016, en tal virtud solicito a usted su colaboración para la realización del mismo.

Su participación consiste en responder a unas preguntas.

Este estudio no tiene riesgos para su salud, ni tampoco afectará en sus estudios, el mismo tiene la ventaja de que usted se beneficiará de conocer su estado de salud en relación al consumo de alcohol y por tanto podrá buscar ayuda en caso de ser necesario; además podrá conocer aspectos que requieran mejorar en relación a su estilo de vida y funcionamiento de su familia.

Yo.....de.....años, autorizo a la Psicóloga Clínica María de Lourdes Romero Romero, para que realice el estudio explicado.

Cuenca,....de.....de 2016

.....

Firma del estudiante



Anexo No. 3

DETERMINANTES SOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO DANIEL CÓRDOVA TORAL DE LA CIUDAD DE CUENCA-ECUADOR 2016

Formulario para recolección de datos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Fecha: _____

Número de Formulario

Edad: _____ (años)

Sexo: _____

Curso: _____

Estructura familiar (*con quienes vive*): _____

Tiene familiares migrantes (*quiénes?*): _____

**Anexo No. 4**

DETERMINANTES SOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO DANIEL CÓRDOVA TORAL DE LA CIUDAD DE CUENCA-ECUADOR 2016

CRITERIOS DSM5		
<i>Escriba una X en la casilla que mejor describa su situación</i>	SÍ	NO
Consumo alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto		
Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol		
Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos		
Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol		
Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar		
Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol		
El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio		
Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico		
Continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol		
Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos (<i>debe presentar ambos</i>): a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol		
Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos (<i>debe presentar ambos</i>): a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia. b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.		

BAREMO: Leve: presencia de 2–3 síntomas (consumo abusivo); moderado: presencia de 4–5 síntomas; grave: presencia de 6 o más síntomas.

**Anexo No. 5**

DETERMINANTES SOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO DANIEL CÓRDOVA TORAL DE LA CIUDAD DE CUENCA-ECUADOR 2016

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

Baremo	
Familia funcional	70 a 57
Familia moderadamente funcional	56 a 43
Familia disfuncional	42 a 28
Familia severamente disfuncional	27 a 14

Tomado de: Ortega M, De la Cuesta D, Díaz C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Revista Cubana de Enfermería. Cuba 1999.



Anexo No. 6

DETERMINANTES SOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO DANIEL CORDOVA TORAL DE LA CIUDAD DE CUENCA-ECUADOR 2016

TEST FANTASTIC

Por favor elija y marque con una X el cuadro que contenga la opción que usted considere que refleja mejor su «estilo de vida» en el último mes:

La comunicación con los demás es honesta	Casi siempre	Frecuentem ente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
Obtengo el apoyo emocional que necesito	Casi siempre	Frecuentem ente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
Realizo ejercicio activo 30 minutos	4 veces o más a la semana	3 veces a la semana	2 veces a la semana	Rara vez	Nunca
Relajación y disfrute del tiempo libre	Casi diario	3 a 5 veces a la semana	1 a 2 veces a la semana	Rara vez	Nunca
Alimentación equilibrada	Casi siempre	Frecuentem ente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
Desayuna diariamente	Casi siempre	Frecuentem ente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
Exceso de azúcar, sal, grasas animales o comidas basura	Casi siempre	Frecuentem ente	Algunas veces	Rara vez	Casi a diario
Peso ideal	Sobrepeso hasta 2 kg	Sobrepeso hasta 4 kg	Sobrepeso hasta 6 kg	Sobrepes o hasta 8 kg	Sobrepeso mayor de 8 kg
Consumo de tabaco	Ninguno en los últimos cinco años	Ninguno en el último año	Ninguno en los últimos 6 meses	1 a 10 veces a la semana	Más de 10 veces a la semana.
Abuso de drogas prescritas y sin prescribir	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	frecuente mente	Casi a diario
Café, té, refresco de cola	Nunca	1 a 2al día	3 a 6al día	7 a 10 al día	Más de 10 al día
Promedio de consumo a la semana	0 a 7 bebidas	8 a 10 bebidas	11 a 13 bebidas	14 a 2º bebidas	Más de 20 bebidas
Bebe alcohol y conduce	Nunca	Casi nunca	Solo ocasionalm ente	Una vez al mes	Frecuentem ente
Duerme 7 a 9 horas por noche	Casi siempre	Frecuentem ente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad	Siempre	La mayoría de veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Episodios de estrés importantes el año pasado	Ninguno	1	2 a 3	4 a 5	Más de 5
Sensación de urgencia o impaciencia	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
Competividad y agresividad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
Sentimientos de ira y hostilidad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
Piensa de manera positiva	Casi siempre	Frecuentem ente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Ansiedad, preocupación	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
Depresión	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
Satisfacción en el trabajo o labores que desempeña	Casi siempre	Frecuentem ente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca

Calificación: 39= peligro; 40-59= Bajo; 60-69= Regular; 70-84= Bueno; 85-100= Excelente.

TOMADO DE: J.M. López-Carmona et al. Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. Atención Primaria.Vol. 26. Núm. 8. México 2000. Organización internacional para las migraciones OIM. Derecho internacional sobre migración. Suiza 2006.



Anexo No. 7

Tabla N° 4
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
Edad	Tiempo cumplidos en años	Tiempo	Años cumplidos (Registro de matrícula)	Numérica (continua)
Sexo	Condición orgánica que diferencia entre hombre y mujer	Fenotipo	Características sexuales secundarias	Hombre, Mujer (Categórica dicotómica)
Año de estudio	Nivel de estudio que cursa	Académica	Datos del cuestionario	Numérica (ordinal)
Especialidad	Campo de conocimiento que cursa el estudiante	Académica	Datos del cuestionario	Categórica
Consumo de alcohol	Síntomas de la esfera mental por consumo que afecta al estudiante	Psicopatológica	Criterios del DSM 5	Sí consumo No consumo (Categórica dicotómica)
Estructura familiar	Constitución familiar según los miembros y parentesco	Social	Datos del cuestionario	Familia nuclear=1 Familia extensa=2 Familia Monoparental=3 Familia Homoparental= 4 Familia reconstituida= 5 Otros tipos =6
Funcionalidad familiar	Dinámica funcional de la familia que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.	Social	Prueba de percepción del funcionamiento familiar SSFIL	57 a 70= Familia funcional 43 a 56= familia moderadamente funcional 28 a 42= Familia disfuncional 14 a 27= Familia severamente disfuncional
Estilo de vida	Formas de conducir la vida de una persona por sí misma.	Psicosocial	Test Fantastic	39= peligro 40-59=bajo 60-69=regular 70-84= bueno 85-100= Excelente
Emigración	Desplazamiento de una persona a otro país, por problemas económicos, laborales, etc.	Tiempo de ausencia	Datos del cuestionario	Sí emigración, No emigración. (Categórica dicotómica)

Elaborado por: la autora



Anexo No.8

A Random Permutation

70	99	533	89	43	240	651	135	588	76	72
210	647	10	520	88	90	174	324	294	444	663
241	365	478	432	1	226	3	633	465	439	515
269	146	209	369	406	148	31	112	195	122	582
282	399	165	296	139	7	355	306	65	630	366
545	94	40	100	299	292	106	335	402	625	540
276	317	266	463	387	488	49	151	514	655	566
54	627	626	416	587	217	129	508	471	496	659
586	390	535	443	303	216	248	429	364	469	370
359	77	28	8	363	492	38	426	26	118	69
243	250	513	80	186	302	230	25	634	242	480
410	91	262	245	101	491	532	279	475	643	182
147	207	305	455	41	219	474	86	544	113	489
333	395	374	343	283	103	650	203	599	261	142
313	569	656	618	385	393	131	254	562	74	530
398	223	295	405	157	414	258	493	546	308	615
119	51	376	104	328	27	178	123	145	124	598
291	239	380	384	428	534	2	187	136	368	255
116	529	400	15	351	273	556	648	585	52	460
494	450	495	449	141	166	558	263	102	82	579
563	379	176	316	564	201	525	517	171	340	506
336	345	108	310	179	66	150	270	337	473	507
386	330	538	289	605	411	153	435	503	22	75
430	137	128	448	602	642	204	236	575	272	314
581	87	287	315	24	510	456	604	233	619	504
547	392	12	371	404	19	559	193	42	378	260
645	486	346	85	322	518	155	93	35	434	161
453	560	191	97	256	445	657	96	357	516	5
550	163	462	181	621	159	265	111	528	175	32
311	420	234	11	192	519	524	629	134	244	464
641	197	48	21	498	422	39	323	156	451	557
541	590	424	360	377	199	36	218	215	425	373
162	574	461	228	382	20	37	18	640	505	612
593	664	44	274	412	440	70	275	367	601	206
431	606	318	483	499	487	185	660	436	509	17
172	523	437	497	9	452	607	652	597	202	531
105	224	58	554	121	127	164	253	62	348	470
319	237	259	180	591	229	126	334	177	4	143
190	238	214	441	132	433	110	555	500	56	33
609	61	158	307	485	502	594	304	611	73	251
46	332	84	466	613	481	644	536	344	423	571
184	120	50	149	438	572	610	115	92	246	467
331	543	653	614	458	457	83	280	212	81	442
114	338	268	636	549	170	447	154	548	286	63
409	281	583	285	522	290	580	468	484	638	326
107	551	584	16	576	501	553	133	418	372	342
662	297	511	639	479	79	189	561	401	67	23
389	341	64	169	592	59	247	200	454	208	472
654	130	329	325	539	603	417	298	152	397	78
194	600	198	362	596	565	60	125	427	231	293
419	589	577	490	98	213	29	407	277	235	252
350	637	327	47	264	227	354	249	622	635	13
394	30	512	413	221	408	278	415	14	661	361
628	117	349	649	620	476	309	375	271	257	616
205	624	459	356	527	568	482	477	353	542	