



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

“Prevalencia de consumo de sustancias adictivas y factores asociados en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Cojitambo 2019.”

Proyecto de investigación previo a la
obtención del título de Médico

Autoras:

Michelle Carolina Guerrero Cabrera CI: 0705347292

María Eugenia Romero Calle CI: 0302398409

Director:

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla CI: 0103260675

Cuenca, Ecuador

22-octubre-2019



Resumen:

Introducción: El consumo de sustancias adictivas es un problema de salud mundial que tiene muchas consecuencias a nivel individual, familiar y comunitario, además se ha visto que se relaciona con algunos factores.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores asociados al consumo de sustancias adictivas en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna de la parroquia Cojitambo 2019.

Material y métodos: se trata de un estudio observacional, analítico, transversal, realizado con un muestra de 127 adolescentes. Se aplicó un cuestionario con datos demográficos, test Fantastic para estilos de vida, test de funcionalidad familiar FF-SIL y criterios DSM5 para determinar consumo de sustancias adictivas. Se utilizaron los programas Excel 2010 y SPSS V15 para el análisis determinando frecuencias, porcentajes, y para la asociación se obtuvo el Odds Ratio con su intervalo de confianza del 95% el Chi cuadrado y el valor p.

Resultados: la prevalencia de consumo es de 33,9% para el alcohol, 22% para el tabaco, 7,9% para el cannabis y 4,7% para la cocaína. Se identificó asociación de consumo de alcohol y sexo, tipo de familia (nuclear y extensa), estilo de vida. También existe asociación entre consumo de tabaco y estilo de vida. No se encontró ninguna asociación para migración y funcionalidad familiar.

Palabras clave: Adolescentes. Sustancias. Adictivas. Consumo. Drogas. Migración. Adicción.



Abstract

Introduction: The use of addictive substances is a global health problem that has many consequences at the individual, family and community level, and it has been seen to be related to some factors.

Objective: To determine the prevalence and factors associated with the consumption of addictive substances in adolescents of the Educational Unit Dr. Gabriel Sánchez Luna of the parish Cojitambo 2019.

Material and methods: this is an observational, analytical, cross-sectional study, conducted with a sample of 127 adolescents. A questionnaire with demographic data, Fantastic test for lifestyles, FF-SIL family functionality test and DSM5 criteria to determine the use of addictive substances was applied. The Excel 2010 and SPSS V15 programs were used for the analysis determining frequencies, percentages, and for the association the Odds Ratio was obtained with its 95% confidence interval, the Chi square and the p-value.

Results: the prevalence of consumption of 33.9% for alcohol, 22% for tobacco, 7.9% for cannabis and 4.7% for cocaine. Association of alcohol consumption and sex, family type (nuclear and extensive), lifestyle was identified. There is also an association between tobacco use and lifestyle. No association was found for migration and family functionality.

Keywords: Adolescents, Addictive Substances, Consumption, Drugs, Migration, Addiction



INDICE

DEDICATORIA.....	10
DEDICATORIA.....	11
AGRADECIMIENTO	12
CAPÍTULO I.....	13
1.1 INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO II.....	17
2 FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.1 ADOLESCENCIA	17
2.2 SUSTANCIAS ADICTIVAS	17
2.3 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN SU ESTADO LEGAL.....	18
2.4 TIPOS DE CONSUMO	18
2.5 CONCEPTOS ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	19
2.6 CAUSAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	19
2.7 CONSUMO DE ALCOHOL	20
2.8 CONSUMO DE TABACO (CIGARRILLO).....	20
2.9 CONSUMO DE CANNABIS.....	21
2.10 CONSUMO DE COCAÍNA.....	21
2.11 ACCIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	22
2.12 CONSECUENCIAS DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	23
2.13 FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS.....	24
CAPÍTULO III	27
1.1 HIPOTESIS.....	27
1.2 OBJETIVOS.....	27
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	27
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
CAPÍTULO IV.....	28
2 DISEÑO METODOLOGICO.....	28



2.1	TIPO DE ESTUDIO.....	28
2.2	AREA DE INVESTIGACIÓN	28
2.2.1	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	28
2.3	UNIVERSO Y MUESTRA.....	28
2.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	29
2.5	VARIABLES.....	29
1.6	MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	29
1.7	PROCEDIMIENTOS	30
1.8	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	30
1.9	ASPECTOS ÉTICOS	30
CAPÍTULO V		31
2.	RESULTADOS.....	31
CAPÍTULO VI.....		47
3.	DISCUSIÓN.....	47
CAPÍTULO VII.....		49
7.1	CONCLUSIONES	49
7.2	RECOMENDACIONES.....	50
CAPÍTULO VIII.....		51
8.1	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....		56



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Michelle Carolina Guerrero Cabrera en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **"Prevalencia de consumo de sustancias adictivas y factores asociados en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Cojitambo 2019."**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de octubre del 2019

Michelle Carolina Guerrero Cabrera

C.I: 0705347292



Cláusula de Propiedad Intelectual

Michelle Carolina Guerrero Cabrera, autora del proyecto de investigación **“Prevalencia de consumo de sustancias adictivas y factores asociados en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Cojitambo 2019.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de octubre del 2019

Michelle Carolina Guerrero Cabrera

C.I: 0705347292



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

María Eugenia Romero Calle en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **"Prevalencia de consumo de sustancias adictivas y factores asociados en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Cojitambo 2019."**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de octubre del 2019



María Eugenia Romero Calle

C.I: 0302398409



Cláusula de Propiedad Intelectual

María Eugenia Romero Calle, autora del proyecto de investigación **"Prevalencia de consumo de sustancias adictivas y factores asociados en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Cojitambo 2019."**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de octubre del 2019

María Eugenia Romero Calle

C.I: 0302398409



DEDICATORIA

Dedico este proyecto principalmente a Dios por regalarme la vida y permitirme cumplir cada meta que me he propuesto en mi vida.

A mi familia porque a pesar de la distancia me ha acompañado durante todo este tiempo especialmente a mis padres Miriam y Miguel por el apoyo incondicional que me han brindado, a mis hermanas Mayteé, Nicole, Helen por siempre alentarme siempre a seguir adelante y ser mis cómplices en todo momento y regalarme un momento de luz en mi vida. A toda mi familia por sus deseos.

A mis amigos, los que estuvieron durante toda la carrera recorriendo este lindo camino.

A profesores que me compartieron su conocimiento para lograr ser mejor profesional y sobre todo mejor persona.

Michelle Carolina Guerrero Cabrera



DEDICATORIA

A Dios por el hermoso regalo de la vida y las maravillosas personas que ha puesto en mi camino

A mi madre, Marisol Calle por ser la persona indispensable en mi vida, gracias a sus sacrificios y apoyo todo esto ha sido posible.

A mis hermanas Lissbeth y Valentina por ser mis cómplices y mi alegría, quienes han estado en los buenos y malos momentos brindándome su apoyo incondicional.

A mi familia por confiar en mí, con sus palabras de aliento me han impulsado a cumplir mis metas.

A mis amigos con quienes compartí este proceso y me enseñaron a ser mejor persona.

María Eugenia Romero Calle



AGRADECIMIENTO

A Dios por ser nuestro guía en cada momento de nuestras vidas y brindarnos sabiduría para completar esta etapa académica.

A nuestras familias y amigos que nos guiaron y motivaron a continuar en este largo camino para lograr nuestras metas.

Un agradecimiento especial a nuestro director y asesor Dr. Ismael Morocho, por su apoyo y su paciencia durante todo el proceso de esta investigación

Al Rector de la Unidad Educativa “Dr. Gabriel Sánchez Luna”, Lic. Ángel Barahona por permitirnos realizar la investigación, alentarnos y recibirnos siempre con una gran sonrisa.

A estudiantes y docentes de la institución por colaborar con nuestra investigación ya que sin su apoyo no hubiese sido posible la realización de este estudio.

A la Universidad de Cuenca por haber sido nuestra casa durante todos estos años de formación.

A nuestros Docentes que nos brindaron sus conocimientos y que se han convertido en un ejemplo a seguir.

Las autoras



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias adictivas es un problema cada vez más común en nuestra sociedad, especialmente en un grupo tan vulnerable como los y las adolescentes, pues están propensos a ser influenciados por personas y situaciones al desear tener nuevas experiencias o ser aceptados por sus compañeros, muchas veces sin conocer las consecuencias de sus decisiones.

Cada vez el uso de drogas inicia a edades más tempranas, llegando a afectar a nivel individual pues genera problemas de salud, conductas de riesgo e incluso la muerte; a nivel familiar produce muchos conflictos, violencia, abandono del hogar entre otros; y a nivel comunitario al generarse dependencia; la gran necesidad de conseguir la sustancia puede llevar a cometer actos ilícitos, vender drogas atrayendo a similares situaciones a otros adolescentes.

Debemos considerar que existen varios factores que pueden contribuir a su consumo como: su entorno social, acceso fácil a sustancias psicoactivas, necesidad de aceptación, curiosidad y muchos más. Por lo que consideramos necesario conocer aquellos factores que pueden predisponer a su uso. En esta investigación estudiaremos la asociación entre el consumo de sustancias adictivas y sexo, migración, estilos de vida, funcionalidad y tipo de familia para lograr una comprensión actualizada y brindar datos que ayuden a desarrollar políticas para la promoción, prevención, tratamiento temprano.



1.2 PROBLEMA

De acuerdo al Informe Mundial de Drogas publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en el año 2018 aproximadamente 275 millones de personas que corresponden al 5,6% de población mundial entre los 15 a 64 años han consumido drogas, siendo los jóvenes quienes presentan mayores daños(1).

Al ser un tema tan importante se han realizado numerosas investigaciones en todo el mundo, así en Portugal 2019 Fernandes et al.(2) determinó que de 1066 jóvenes que el 43,9% consume alcohol, el 22,9% tabaco y el 11,3% marihuana. En España tenemos: Fuentes et al. (3), 2015 observó que de 628 adolescentes el 67,6 % consume de alcohol seguido del tabaco 40,3%, cannabis 32,1% y otras drogas 5%; indica como factor protector pertenecer a familias indulgentes y como factores de riesgo ser hombre y la edad de 16-17 años. En 2016, Barragán et al.(4) con 822 alumnos determinó diferencias significativas en los porcentajes de consumidores en función de las relaciones familiares. En el mismo año Castro et al. (5) encontró que de 2134 adolescentes españoles el 9,1% tienen dependencia al tabaco, el 55,1% presentan consumo de alcohol, además el 67,1% realiza actividad física y este se relaciona como factor de protección con el consumo de tabaco. En 2017 Olivares et al. (6) en 2890 adolescentes encontró que el 54,8% ha consumido alcohol y este se asocia a la estructura familiar y percepción de afecto.

En lo referente a Latinoamérica tenemos: en Chile, 2017 en 550 participantes el alcohol es la sustancia con mayor consumo 39%, seguida de la marihuana 32,9% y tabaco 30,9%(7). En México en el año 2016 López et al.(8) indica que de 735 adolescentes el 30,5% ha consumido tabaco y el 73,6% ha consumido alcohol. Y en 2017 en 362 alumnos Alonso, Yanes & Armendariz (9) identificaron que el 61% presenta el consumo sensato de alcohol, 22,6% consumo dependiente y 16,4% consumo dañino; el 76,2% percibe a su familia como funcional, el 18% como disfuncional moderada y el 5,8% como disfuncional severa. En Colombia, 2015 en 408 jóvenes el 24,1% ha consumido alguna sustancia psicoactiva siendo el alcohol el de mayor consumo con 21,7%, con un mayor consumo en un hogar con disfuncionalidad familiar moderada o severa. Encontró como factor protector ser mujer , además que entre los 16 y 17 años tienen 5,62 veces más riesgo que los de 12 y 13 años(10). En el año 2017 en 300 adolescentes, González & Londoño(11) identificaron que el 60% consume alcohol y tabaco, el 19% marihuana y el 2,3% sustancias psicoactivas ilegales. En el mismo año Aguirre, Pinzón & Bonilla(12) revelan que de 209 estudiantes el 47,3% consumen sustancias psicoactivas. El consumo de alcohol fue alto con 93,9%, mayor en los hombres que en las mujeres con 51,2% y 42,7% respectivamente. El consumo de marihuana fue de 11%.



Existen muchos datos a nivel nacional como en 2016 en Cuenca el estudio realizado en 218 adolescentes mostró un consumo de alcohol de 42,2% y encontró asociación como factores de riesgo tener un familiar migrante, buen estilo de vida, pertenecer a una familia reconstituida y con una percepción de la misma como disfuncional(13). En Yanuncay, 2018 en 309 estudiantes, la prevalencia de consumo de alcohol fue de 44,3% (14).

Según la encuesta nacional de salud y nutrición realizada en el 2012 se identificó en Azogues que el consumo ocasional de alcohol fue de 21,06%, de tabaco un 8,24%, de marihuana 0,71% y cocaína de 0,54%(15). A partir de esto se ha observado un aumento a lo largo del tiempo, así otros estudios realizados en la provincia del Cañar: en la comunidad el Salto el 44,04% presenta un progenitor migrante, con una prevalencia en el consumo de alcohol del 14,58% en adolescentes que tenían sus padres migrantes(16). En la parroquia Honorato Vásquez, 2018 con 203 adolescentes se identificó que el 58,12% consume cualquier tipo de sustancias psicoactivas en su mayoría alcohol en 50,25% segundo de tabaco en un 37,93% y en menor porcentaje cannabis y cocaína con 21,18% y 8,37% respectivamente. Identificándose asociación del consumo de alcohol con consumo del entorno familiar, estrato socioeconómico medio y disfuncionalidad familiar; tabaco con entorno social, migración del padre y familia monoparental; cannabis con consumo de sustancias ilícitas por pares y percepción de familia moderadamente funcional; y la cocaína con migración, consumo de familiares(17). Y en la parroquia Solano de 181 adolescentes escolarizados 2019 se obtuvo que el 55,24% consume alcohol, seguido de tabaco con 22,65% y marihuana 2,76%, los factores que muestran relación estadísticamente significativa incluyen funcionalidad familiar, tipología familiar e índice de bienestar(18).

Las preguntas de investigación son: ¿Cuál es la prevalencia de consumo de sustancias adictivas en los y las adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna de la parroquia Cojitambo?, y ¿El consumo de sustancias adictivas se asocia a factores como sexo, emigración, estilos de vida, funcionalidad y el tipo de familia?



1.3 JUSTIFICACIÓN

Es importante determinar la prevalencia del consumo de sustancias adictivas y conocer los factores asociados que pueden llegar a ser protectores o de riesgo para desencadenar un consumo crónico de estas sustancias en los y las adolescentes.

En la actualidad en las unidades educativas y colegios del Ecuador se consumen sustancias psicoactivas por lo que es necesario contar con información actualizada que nos permita tomar decisiones adecuadas para planificar y realizar programas de prevención o tratamiento precoz evitando consecuencias a largo plazo y crear un ambiente adecuado para el desarrollo de los jóvenes.

Este estudio se encuentra dentro del área de investigación definida por el Ministerio de Salud Pública como salud mental y trastornos del comportamiento en la línea de abuso de alcohol, tabaco y drogas(19), además en las líneas de investigación propuestas por la Universidad de Cuenca: Salud del adolescente y por otro lado está dentro de los objetivos de desarrollo sostenible.

Este estudio tiene un impacto social y científico pues brinda datos actualizados con los que se busca promocionar la salud mental, física y emocional, además prevenir en los jóvenes el consumo de sustancias psicoactivas y ayudar a los Ministerios de Salud y Educación a que tenga conocimiento de la situación actual de este plantel educativo y busque posibles soluciones.

Esta investigación sirve para fines de titulación de Medicas, además brinda datos actualizados de la Unidad Educativa misma que no posee estudios previos, pues es importante conocer acerca del consumo de sustancias adictivas en adolescentes y su relación con los factores asociados, para que las autoridades pertinentes generen programas encaminados a prevención y tratamiento temprano.



CAPÍTULO II

2 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 ADOLESCENCIA

Definida por la Organización Mundial de la Salud(20) (OMS) como un periodo de crecimiento y desarrollo, considerado una de las etapas más importantes de la vida que se produce entre los 10 y 19 años. Dividida en 3 fases: temprana de 10 a 13 años, media de 14 a 16 años y tardía de 17 a 19 años. Según la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia(21) (SAHM) comprende entre los 10 a 21 años, distingue además 3 fases: inicial de 10 a 14 años, media de 15 a 17 años y tardía de 18 a 21 años.

Es una etapa de decisiones y elecciones derivados de las circunstancias sociales a las que están expuestos, como preparación para la edad adulta. Cabe recalcar que los cambios que se producen a esta edad inciden en todas las enfermedades y comportamientos relacionados con salud física, social, psicológica, emocional y espiritual, es aquí cuando surgen experiencias con el consumo de drogas con muchos efectos negativos(22).

En la adolescencia se dan una serie de cambios para la maduración y especialización del sistema nervioso se produce mielinización de regiones frontales para una mayor eficiencia y velocidad de las transmisiones, se eliminan conexiones sinápticas innecesarias, además de modificaciones de neurotransmisores como en el sistema de dopamina esencial en los circuitos de recompensa. Todos estos procesos neurobiológicos predisponen a los y las adolescentes a un mayor riesgo de consumir alguna sustancia debido a la fragilidad en la toma de decisiones, sobretudo en un ambiente inadecuado como compañeros con conductas inadecuadas. Las consecuencias que se han observado en estudios neurofisiológicos y de neuroimagen tras el consumo de sustancias adictivas son: un volumen encefálico disminuido, menor cantidad de sustancia blanca, déficit de aprendizaje visoespacial, memoria, atención, compromete por lo tanto la maduración fisiológica del sistema nervioso y el normal desarrollo(23).

Este periodo de transición se establece algunos aspectos del desarrollo físico, mental, moral y social. Siendo un periodo idóneo para la adopción de hábitos y actitudes, sin embargo si se da el consumo de sustancias adictivas que afectan al individuo y pueden permanecer hasta la adultez(24).

2.2 SUSTANCIAS ADICTIVAS

Las sustancias adictivas o también llamadas drogas son sustancias químicas, naturales o sintéticas que se usan sin fines terapéuticos que al introducirse por cualquier vía ya sea oral, nasal, intramuscular o intravenosa, ejercen un efecto directo sobre el sistema nervioso central ocasionando cambios específicos a sus



funciones, tienen efectos biológicos alteran aspectos afectivos, cognitivos y conductuales, pueden modificar el estado de ánimo, la afectividad, reflejos, producir placer por lo que tiene potencial de abuso(24) (25).

El consumir estas sustancias afecta no solo al adolescente o la familia sino también a la sociedad este motivo en 1950 la OMS clasificó el alcoholismo y la adicción a las drogas como trastornos mentales es decir lo reconoció como una enfermedad que puede ser diagnosticada, tratada e incluso se puede prevenir(22).

2.3 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN SU ESTADO LEGAL

En la mayor parte de los países occidentales las drogas se clasifican según la normativa legal(26), de la siguiente manera:

- **Drogas o sustancias lícitas:** se ocupan libremente de acuerdo a los deseos de cada consumidor. Por ejemplo, las bebidas alcohólicas y el tabaco(26).
- **Drogas que se utilizan principalmente como medicamento:** generalmente se obtienen mediante prescripción médica. En Occidente, su uso va ligado al tratamiento de trastornos del ánimo, trastornos del sueño, enfermedades dolorosas o con el fin de lograr mayor lucidez o concentración (nootrópicos). Por ejemplo, los psicofármacos, estimulantes menores y la metadona(26).
- **Drogas o sustancias ilícitas:** varían de acuerdo a la legislación de cada país. Son aquellas cuyo comercio se considera ilegal, como los derivados cannabis, la heroína y la cocaína. Existen convenciones internacionales que han establecido(26).

2.4 TIPOS DE CONSUMO

El consumo de sustancias evoluciona en algunas etapas, es necesario conocerlas para el diagnóstico y tratamiento adecuado sin minimizar ni magnificar el problema y brindar una adecuada atención. Las etapas son:

Consumo experimental: considerado como consumo inicial por convivencia y/o presión de pares, motivados por experiencias y anécdotas de los mismos. Produce sensaciones leves de euforia y estabilización del estado de ánimo basal no problemático. Sin embargo, puede llegar a ser peligroso para los y las adolescentes pues al no conocer sus límites y bajo la motivación de sus pares pueden consumir rápidamente hasta cantidades tóxicas. No necesariamente es un paso a la siguiente etapa puede ser un único consumo porque existe una formación adecuada por parte de su familia y círculo de relaciones(23).

Consumo habitual: muchas veces llamado en adultos como consumo social que no se aplicaría en la adolescencia al no ser legal el consumo de ningún tipo de droga, es un consumo intermitente generalmente episódico, explosivo y excesivo por ocasión(23).



Consumo nocivo: cuando presenta consecuencias adversas derivadas del consumo como fracaso escolar, detenciones, suspensiones, conflictos en la familia o con amigos, accidentes de vehículos, lesiones, agresiones, problemas legales, entre otros. Las sustancias producen euforia acompañada o no por síntomas afectivos o ansiosos además se incrementa el patrón de consumo, la frecuencia y variedad de sustancias. La persona no es capaz de reducir o abandonar el consumo sin ayuda(23).

Dependencia: consumo desadaptativo, continuo, prolongado que presenta síntomas psicológicos y fisiológicos. Continúa el consumo pese a problemas biopsicosociales significativos, incremento de consumo conocido como tolerancia y síndrome de abstinencia al intentar abandonarla(23).

2.5 CONCEPTOS ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La drogadicción, farmacodependencia o drogodependencia: es un padecimiento que consiste en la dependencia de sustancias químicas que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, que producen alteraciones en el comportamiento, en la percepción, en el juicio y en las emociones(26). La dependencia puede ser de 2 tipos:

- Dependencia física: el organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como Síndrome de abstinencia (26).
- Dependencia psíquica: es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer(26).

Tolerancia: es un fenómeno farmacológico que se manifiesta con la pérdida gradual de los efectos de una droga ante su uso frecuente en el tiempo. Esto obliga al usuario a incrementar las dosis para recuperar el efecto inicial(27).

Síndrome de abstinencia: hace referencia al conjunto de reacciones físicas o psíquicas que ocurren cuando una persona dependiente de una sustancia cesa su consumo, además un intenso malestar que pueden provocar la repetición del consumo(26),(27).

Policonsumo: se refiere a una pauta de consumo de sustancias en el cual un individuo usa por lo menos tres diferentes tipos de drogas, por un tiempo no menor a 12 meses(26).

2.6 CAUSAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Es un problema multicausal que depende de muchos factores como:



Falta de apoyo familiar: muchas veces por desarticulación de hogares, violencia intrafamiliar, ausencia de uno de los padres, desarmonía entre la pareja, existe carencia de una estructura y del apoyo familiar, situaciones que pueden llevar a los jóvenes a presentaran alteraciones afectivas, psicológicas, de formación intelectual y llevarlos a buscar refugios en actividades ilícitas (28).

Influencias del entorno en que se desarrollan los jóvenes: la influencia del ambiente ya sea por la falta de apoyo familiar, presión de amigos, promesas de una vida con menos dificultad, la facilidad para conseguir dinero, la curiosidad y el alejamiento de la escuela pueden llevar a utilizar sustancias, reforzar y mantener el consumo(28).

Desconocimiento del efecto que causan las drogas y planes para el futuro: los jóvenes debido a la sensación de bienestar causada producida por las sustancia, la siguen utilizando sin conocer las consecuencias que esto trae a su organismo y se involucran en un ciclo vicioso del que es muy difícil de salir sin ayuda(28).

Permisibilidad legal y despenalización: ya que no se considera delito portar drogas en poca cantidad como 10 gramos de marihuana, 2 gramos de pasta base de cocaína, 1 gramo de clorhidrato de cocaína, 0,1 gramos de heroína, 0,015 de MDA-N.etil-a meta-3.4 metilendioxifenetilamina,0.015 de MDMA-N-a-dimetil-3.4 metilendioxifenetilamina(éxtasis) y 0.040 de anfetaminas(28).

2.7 CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol es una droga legal, que deprime el sistema nervioso produciendo efectos según la cantidad consumida así en pequeñas cantidades causa desinhibición, relajación y alegría; en grandes cantidades adormecimiento general y entorpecimiento. En terminología química constituye un grupo de compuestos orgánicos siendo el etanol es el principal compuesto psicoactivo de bebidas alcohólicas. Produce daño neuronal con alteración de la conducta, memoria y aprendizaje. El consumo de alcohol es uno de los tres factores de riesgo de enfermedad y discapacidad. También repercute a nivel económico y social debido a que ocurre en etapas productivas de la vida(24)(29).

Según estudios en población general el 13,6% presenta abuso o dependencia, siendo el rango de edad de 16 a 30 años donde comienzan los problemas con el alcohol, además presentan trastornos relacionados a su consumo un 25% individuos atendidos en el área hospitalaria y 20 % de los que acuden a consulta externa(30).

2.8 CONSUMO DE TABACO (CIGARRILLO)

Es un problema de salud pública que inicia generalmente a edades tempranas. Constituye la principal causa de muerte prevenible en el mundo, para el periodo 2010-2050 se proyectan alrededor de 400 millones de muertes



por cáncer de pulmón, enfermedad respiratoria crónica y enfermedad cardiovascular. Implica también una carga económica, con costo a nivel mundial mayor a 500 mil millones de dólares cada año en el sistema de salud y por la productividad perdida. En el mundo de cada 5 adolescentes que consumen tabaco, 3 en su edad adulta serán adictos a este(31) (32).

El humo de tabaco contiene numerosas sustancias químicas como: nicotina, ácido cianhídrico, formaldehído, plomo, arsénico, amoniaco, uranio, benceno, monóxido de carbono, nitrosaminas, hidrocarburos aromáticos policíclicos entre otros con potencial carcinógeno e incluso pueden causar otros problemas graves de salud(33).

El uso de tabaco tiene consecuencias serias como adicción a la nicotina, tiene efectos en el aparato respiratorio y cardiovascular, y predispone al consumo de sustancias ilegales. Es considerada una epidemia que mata a más de 8 millones de personas al año de los cuales 1,2 millones son fumadores pasivos(34),(35).

2.9 CONSUMO DE CANNABIS

La marihuana pertenece al grupo de cannabinoides que proviene de Cannabis sativa de la planta del camaño. Al fumar esta sustancia, en pocos segundos llega al cerebro lo que facilita la dependencia, el principio activo de esta droga el tetrahidrocanabinol, se fija a estructura química específica de la membrana neuronal(36).

El consumo de este genera relajación, euforia, mayor percepción sensorial, sociabilidad, sensación de que el tiempo se detiene, aumento del apetito, disminución del dolor, paranoia, ansiedad, irritabilidad, debilitamiento de la motivación, la atención y la memoria de corto plazo, menor coordinación de movimientos y menor equilibrio, aumento de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca, relajación de bronquios, sequedad de la boca y la garganta, enrojecimiento de los ojos(37).

Si se consume marihuana en la adolescencia existe un riesgo de dependencia de 16%. El cerebro de los y las adolescentes es más vulnerable que el de los adultos y los efectos que produce son más persistentes y requieren tiempos prolongados para su recuperación, también su consumo temprano aumenta el riesgo de usar otras drogas ilegales(38).

2.10 CONSUMO DE COCAÍNA

La cocaína es una droga estimulante elaborada con las hojas de la planta de coca. Es una de las sustancias más adulteradas, cuando se la vende tiene el aspecto de un polvo blanco fino cristalizado mezclado con algunas sustancias como maicena, talco, harina, u otras drogas como anfetamina y opioides(39). En algunos casos los adulterantes pueden ser más peligrosos que la propia droga de abuso los más comunes en América Latina son la cafeína, la lidocaína y el levamisol(40).



Acarrea graves consecuencias orgánicas, psiquiátricas y sociales. Produce alteraciones en el sistema cardiovascular como taquicardia, hipertensión arterial, arritmias, incrementa el riesgo de infarto agudo de miocardio; en el sistema nervioso genera midriasis, mioclonias, convulsiones, deterioro cognitivo; además si se inyecta incrementa la probabilidad de adquirir el virus de inmunodeficiencia en humanos y hepatitis C(41).

2.11 ACCIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El consumo de sustancias psicoactivas, produce una modificación biológica en el Sistema nervioso Central (SNC) que puede resultar a corto plazo en la pérdida del control que traduce a un pensamiento obsesivo y el comportamiento compulsivo por consumir la droga que a largo plazo se lo conoce como dependencia y abuso de las drogas a pesar de sus consecuencias(42).

El tiempo de llegada de la droga al cerebro depende de varios factores, entre ellos, la vía de entrada o consumo, que generalmente depende de su estado físico; la vía oral es más lenta pero más segura en términos de toxicología, la vía nasal o inhalatoria es más rápida, pero con poca diferencia en eficiencia a la vía oral, la vía intranasal es tan eficiente como la inhalatoria, pero produce a largo plazo daños en el tabique nasal, la vía intravenosa es la más eficiente y veloz(26).

Con el consumo frecuente los sistemas de comunicación caracterizados por la regulación de neurotransmisores y receptores operados molecularmente, son modificados llevándolos a su eliminación, inhibición o aumento (como sucede con receptores de dopamina y serotonina), la eliminación o inhibición de receptores termina por desconectar regiones cerebrales, como sucede entre el sistema límbico y la corteza prefrontal (CPF), esta desconexión inactiva CPF entregando el control a la corteza subcortical encargada de mecanismos y comportamientos automáticos, reflejos y no consientes, la irregularidad en la CPF afecta el funcionamiento ejecutivo produciendo deficiencias en la atención, memoria de trabajo, flexibilidad, planeación y resolución de problemas y los daños con la conexión subcortical lleva a desordenes afectivos, conductuales y sociales caracterizados por trastornos depresivos, tendencia suicida, dificultades al dormir, comportamiento impulsivo, hiperactivo, agresivo y tendencia disocial(42).

Los efectos psicoactivos dependen enteramente de su llegada al cerebro, y la mayor dificultad es la barrera hematoencefálica, Cuando la sustancia ha cruzado la barrera hematoencefálica es capaz de ejercer una función neuromoduladora, modificando la síntesis neurotransmisora a nivel sináptico. La neuromodulación puede ser iónica, modificando el estado de los canales iónicos al bloquearlos o abrirlos y ejerciendo una función inhibitoria o excitatoria que modifica el potencial de acción neuronal(26).



La alta estimulación de la droga a centros de recompensa; sistema dopaminérgico o dopamina, lleva al desarrollo de múltiples conexiones que activan frecuentemente áreas subcorticales y componentes como el núcleo accumbens, tallo cerebral o núcleos activadores de neurotransmisores (NT) relacionados con la sensación de placer y los que no son controlados por la CPF en especial el dorso lateral, los cambios en el Sistema nervioso Central (SNC) generan tolerancia a la sustancia(42).

Bebidas alcohólicas: contienen etanol. El receptor GABA, es un complejo oligomérico con distintos sitios de unión correspondiente a ciertas sustancias; se disponen alrededor de un poro o canal iónico. Cuando la molécula de etanol se une a un sitio correspondiente el canal iónico se abre permitiendo el paso de los iones de cloro al interior. El número de estos durante el reposo es mayor en el exterior que en el interior, esto induce a que el potencial de la neurona sea de -75 mV. Cuando los iones de cloro pasan al interior, este potencial se revierte, incrementando el número de iones dentro de la neurona e hiperpolarizándola, esto impide que la señal eléctrica presináptica se convierta en postsináptica por lo que el etanol ejerce un efecto inhibitor de la señal eléctrica, además inhibe la producción de monoamino oxidasa por lo que ralentiza la oxidación de la dopamina a nivel postsináptico y esto aumenta la sensación de placer natural. Cuando el etanol deja de hacer efecto por la metabolización hepática, el placer disminuye porque la MAO comienza a oxidar la dopamina, y el usuario tiende a buscar consumir más etanol para mantener el mismo efecto placentero(26).

Cannabis sativa o marihuana: Actualmente se conocen 5 receptores que son activados por cannabinoides o alcaloides derivados de la planta cannabis sativa, el CB1, el CB2 y tres receptores huérfanos de menor importancia. Los efectos psicoactivos se deben a la activación del CB1 mientras que los efectos derivados de la activación del CB2 involucran alteraciones del sistema inmune, el receptor CB1 se considera uno de los más habituales del cerebro humano, encontrándose además en otros muchos mamíferos. Los cannabinoides pueden activar los receptores por el consumo de drogas o activarse endógenamente, mediante endocannabinoides que se producen en el mismo cuerpo. El sistema cannabinoide endógeno es un sistema ubicuo de señalización de lípidos que apareció a principios de la evolución y que tiene importantes funciones reguladoras en todo el cuerpo de todos los vertebrados(26).

2.12 CONSECUENCIAS DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las personas que consumen sustancias psicoactivas esperan beneficiarse de su consumo, incluido el social, sea obteniendo placer o evitando el dolor. Pero el consumo también es potencialmente nocivo, sea a corto plazo o a largo plazo. Con el consumo también se dañan órganos internos como el corazón, riñones, hígado que terminan produciendo enfermedades crónicas, deficiencias cardiopulmonares, trastornos neurológicos y psiquiátricos(42).



Genera gastos económicos siendo los costos por consumo de tabaco y alcohol de 10.7 millones de dólares y por drogas ilegales de 700.000 millones de dólares al año en Estados Unidos sin contar las consecuencias sociales relacionadas como delincuencia u otras, además de reducir o eliminar la actividad laboral y productiva de los estados en casi 59 millones por consumo de tabaco, 58 millones por alcohol y 20 millones por drogas(42).

2.13 FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

SEXO

El consumo de drogas se ha visto dominado por los hombres sin embargo en investigaciones recientes las mujeres usan con igual o mayor frecuencia que los hombres ciertas sustancias adictivas. Se ha encontrado que el uso de alcohol e inhalables tiene similitud en ambos sexos en estudiantes de secundaria. La cocaína tiende a ser más utilizada por los hombres. Se ha observado que si bien los hombres son los mayores consumidores de tabaco y cannabis que las mujeres cada vez la brecha va disminuyendo(40).

TIPO DE FAMILIA

Existen los siguientes tipos:

Familia nuclear: conformada por un hombre y una mujer con sus hijos propios o adoptivos legalmente reconocidos o no(43).

Familia extensa: conviven juntas tres generaciones, siendo lo más común que se trate de una familia nuclear que convive al menos con otro pariente de primer grado de consanguinidad en línea vertical(43).

Familia monoparental: conformada por uno de los miembros de la pareja original y sus hijos, ya sea por madres solteras, viudez o por separación conyugal, entre otros factores(43).

Familia reconstituida o superpuesta: es aquella en la que al menos uno de los miembros de la pareja posee hijos de una unión anterior(43).

Familia homoparental: formada por progenitores del mismo sexo(43).

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Se entiende por familia funcional aquella en la que se estimula la capacidad para resolver unidas las crisis que se presentan, en la que además se expresan afectos y apoyo, se permite el crecimiento y desarrollo de cada integrante y se genera interacción entre ellos, respetando la autonomía y el espacio individual. Algunos estudios han descrito que adolescentes con familias disfuncionales presentan conductas como bajo rendimiento



académico, consumo de sustancias psicoactivas, pobres relaciones sociales, síntomas depresivos, impulsividad e intento de suicidio(44).

PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Es un instrumento de fácil aplicación, breve, con buenas cualidades psicométricas que lo convierte en una herramienta potencial para detectar niveles de funcionalidad dentro de la familia, que pueden ser clasificados en 4 tipos que son: familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional. Con una confiabilidad evaluada por medio del coeficiente R de 0.94 demostrando confiabilidad a través del tiempo(45).

ESTILO DE VIDA

Los estilos de vida saludable son un conjunto de actividades que una persona, pueblo, grupo social y familia realiza a diario con determinada frecuencia; y que depende de sus necesidades, posibilidades económicas, entre otros factores siendo la base de un nivel alto de calidad de la vida y que ayuda a evitar conductas de riesgo(46).

CUESTIONARIO FANTASTIC PARA MEDIR ESTILOS DE VIDA

Este instrumento consta de 25 ítems que determinan la relación con la familia y amigos, práctica de actividad física, hábitos de alimentación, consumo de tabaco y otras sustancias dañinas, consumo de alcohol, calidad del sueño, uso de cinturón de seguridad, estrés, personalidad, pensamientos positivos, ansiedad y depresión y el grado de satisfacción por las actividades laborales. Para la valoración de cada ítem el testado tiene las opciones de respuesta: “Casi siempre”, “Frecuentemente”, “Algunas veces”, “Rara vez” y “Casi nunca”, se califican por medio de una escala de Likert, la cual mide el grado de conducta actual en cada pregunta. Para su valoración se considera una puntuación que va desde el 0 indicando baja puntuación a 4 indicando una mejor puntuación, obteniendo una calificación total máxima de 100 puntos. Para la evaluación del estilo de vida se consideran 5 niveles ≤ 39 puntos se considera peligroso, de 40 a 59 puntos malo, de 60 a 69 regular, de 70 a 84 bueno y superior a 85 es considerado excelente(47)

MIGRACIÓN

La Organización Internacional para las Migraciones(48) define a un migrante como cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: su situación jurídica, carácter voluntario o involuntario del desplazamiento, causas del desplazamiento, o la duración de su estancia.



FENOMENO MIGRATORIO EN EL ECUADOR

En las últimas décadas el Ecuador ha sufrido movimientos migratorios muy importantes(48) considerándose en la actualidad a la migración como un factor de riesgo familiar para el consumo de sustancias adictivas en adolescentes; por el vacío emocional que provoca cuando un familiar cercano en su mayoría uno o ambos progenitores emigran buscando un futuro mejor para su familia(16) .

En el Ecuador la provincia con más alto porcentaje de migrantes es la provincia de Cañar, según datos del INEC 2011, en el 2001 los emigrantes representaban el 8,5% de la población total, mientras que el 2010 alcanzan el 6%. Seguido de la ciudad de Loja con un 6% de migración respecto a la población total. A pesar de la disminución de la incidencia migratoria las provincias del sur, Azuay y Cañar siguen siendo los territorios con mayor porcentaje de salida en relación a su población total(48) .



CAPÍTULO III

1.1 HIPOTESIS

- La prevalencia del consumo de sustancias adictivas en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna de la parroquia Cojitambo es inferior al 50%.
- El consumo de sustancias adictivas está asociado a factores como: sexo, tipo de familia, funcionalidad familiar, estilos de vida y emigración de un familiar cercano.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de consumo de sustancias adictivas y factores asociados en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna de la parroquia Cojitambo 2019.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar a la población investigada.
2. Determinar la frecuencia de consumo de sustancias adictivas en los y las adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna.
3. Establecer la asociación entre el consumo de sustancias adictivas y factores asociados: sexo, tipo de familia, funcionalidad familiar, estilos de vida y emigración de un familiar cercano.



CAPÍTULO IV

2 DISEÑO METODOLOGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal, que permitió conocer la prevalencia de consumo de sustancias adictivas en los y las adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna de la parroquia Cojitambo y su relación con factores asociados.

2.2 AREA DE INVESTIGACIÓN

Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna que ofrece educación general básica y bachillerato, con modalidad presencial, en jornada matutina. Cuya fecha de creación es el 14 de junio de 1980. Ubicada en el sector Pillcomarca de la parroquia Cojitambo, cantón Azogues, provincia del Cañar, dentro de las coordenadas geográficas: Norte 0735149 (meridiano) y Este 9695410 (paralelo), y a una altura de 2843 msnm; posición situada al noroccidente de la ciudad de Azogues, a una distancia aproximada de siete kilómetros(49).

2.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adolescentes entre 10 a 19 años que se encuentran matriculados y asisten a la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna.

2.3 UNIVERSO Y MUESTRA

2.3.1 UNIVERSO

El universo es finito constituido por 190 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna matriculados en el periodo lectivo septiembre 2018-julio 2019, ubicado en el sector Pillcomarca de la parroquia Cojitambo, cantón Azogues, provincia del Cañar.

2.3.2 MUESTRA

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

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

Tamaño de la población (N): finita (190), Proporción esperada (p): 50%, Nivel de confianza: 95%, error 5%.



$$n = \frac{190 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (190 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 127$$

Se obtuvo una muestra de 127 adolescentes.

Se realizó 2 grupos: El primero conformado por los cursos de noveno y décimo año de educación básica y el segundo grupo conformado por: primero, segundo y tercero de bachillerato, se excluyeron sujetos al azar utilizando múltiplos de 3 de acuerdo a la lista de estudiantes de cada curso de la unidad educativa.

2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adolescentes de ambos sexos matriculados en la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna de la parroquia Cojitambo, periodo lectivo septiembre 2018-julio 2019, que aceptaron participar en el estudio de manera anónima, mediante la firma del asentimiento informado para estudiantes y consentimiento informado para representantes legales (Anexo 1 y 2).

2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Adolescentes que no se encontraron presentes el día de aplicación de las encuestas y aquellos que se negaron a realizarla.

2.5 VARIABLES

Variable dependiente: consumo de sustancias adictivas

Variable independiente: factores asociados (sexo, tipo de familia, funcionalidad familiar, estilos de vida, migración).

2.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Ver Anexo 3.

1.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Método: observacional.

Técnica: encuesta



Instrumentos:

1. Cuestionario de datos sociodemográficos, tipo de familia y migración (Anexo 4).
2. Test Fantastic para el estilo de vida (Anexo 5).
3. Test FF-SIL para funcionalidad familiar (Anexo 6)
4. Criterios para consumo del DSM-5 (Anexo 7).

1.7 PROCEDIMIENTOS

1. Obtener autorización del Ministerio de Educación para la realización de test en la Unidad Educativa (Anexo 8).
2. Se coordinó con el rector de la del colegio para la aplicación de los cuestionarios.
3. Se socializo el estudio con los y las adolescentes de la unidad educativa y se entregó los asentimientos y consentimientos informados para su lectura y posterior llenado de los mismos en caso que desee participar.
4. Aplicación de cuestionarios.

1.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos obtenidos se tabularon en Excel 2010 y se ingresaron a una base de datos mediante SPSS versión 15.

Los resultados se muestran en tablas simples y de doble entrada. Se utilizó estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes; y estadística inferencial: Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95%, Chi cuadrado y valor de p.

Se agruparon las variables: edad de acuerdo a la OMS en 3 fases: adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años; funcionalidad familiar en funcional o disfuncional; y estilos de vida en adecuado e inadecuado.

1.9 ASPECTOS ÉTICOS

No se forzó a ningún estudiante a participar. Se dio a conocer el objetivo del estudio, así como ventajas y desventajas, además se resolvió todas las dudas que presentaron. Los datos se obtuvieron de manera anónima, previa firma del asentimiento informado para los y las estudiantes y consentimiento informado para de los representantes. Además, se obtuvo la autorización del Ministerio de Educación. Los datos fueron obtenidos por las autoras, no se permitió que otras personas lo hagan para evitar sesgos, y por ningún motivo se dará información personal de las encuestas a familiares o autoridades de la institución.



CAPÍTULO V

2. RESULTADOS

En el estudio participaron 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna, matriculados en el periodo académico septiembre 2018-julio 2019, no existieron perdidas.

Tabla 1. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna, según: edad, sexo, curso, tipo de familia, migración de familiar cercano, estilos de vida y funcionalidad familiar.

VARIABLES	ESCALA	FRECUENCIA	%
EDAD*	10-13 años (Adolescencia temprana)	17	13,39%
	14-16 años (Adolescencia media)	65	51,18%
	17-19 años (Adolescencia tardía)	45	35,43%
	TOTAL	127	100%
SEXO	Hombre	67	52,8%
	Mujer	60	47,2%
	TOTAL	127	100%
CURSO	Décimo	20	15,7%
	Noveno	24	18,9%
	Primero de Bachillerato	26	20,5%
	Segundo de Bachillerato	29	22,8%
	Tercero de Bachillerato	28	22,0%
	TOTAL	127	100%
TIPO DE FAMILIA	Familia Nuclear	63	49,6%
	Familia Extensa	30	23,6%
	Familia Monoparental	31	24,4%
	Familia Reconstituida	3	2,4%
	TOTAL	127	100%
MIGRACIÓN DE FAMILIAR CERCANO	Si	74	58,3%
	No	53	41,7%
	TOTAL	127	100%
ESTILOS DE VIDA	Peligro	0	0%
	Bajo	13	10,2%
	Regular	33	26,0%
	Bueno	77	60,6%
	Excelente	4	3,1%
	TOTAL	127	100%
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Funcional	43	33,9%
	Moderadamente Funcional	68	53,5%
	Disfuncional	14	11,0%
	Severamente Disfuncional	2	1,6%
	TOTAL	127	100%

*Edad agrupada según fases de la adolescencia de la OMS.

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero



Interpretación: se muestra que el grupo etario de 14 a 16 años correspondiente a adolescencia media es el más frecuente con 51,18% (65). Se observa que la mayoría de estudiantes son hombres 52,8% (67) frente al 47,2%(60) que son mujeres. El 22,8%(29) de la población estudiada cursa el segundo de bachillerato.

Según el tipo de familia el 49,6%(63) pertenecen a una familia nuclear seguida de tipo monoparental con 24,4%(31), extensa con 23,6%(30) y reconstituida 2,4%(3). El 58,3% indicó que tiene un familiar cercano migrante. El 60,6%(33) posee un estilo de vida bueno, y perciben a su familia como moderadamente funcional en un 53,5%(68).

Tabla 2. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de sustancias adictivas.

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONSUMO DE ALCOHOL	Consume	43	33,9%
	No consume	84	66,1%
	TOTAL	127	100%
CONSUMO DE TABACO	Consume	28	22%
	No consume	99	78,0%
	TOTAL	127	100%
CONSUMO DE CANNABIS	Consume	10	7,9%
	No consume	117	92,1%
	TOTAL	127	100%
CONSUMO DE COCAINA	Consume	6	4,7%
	No consume	121	95,3%
	TOTAL	127	100%

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: del total de la muestra estudiada (127 adolescentes) la sustancia con mayor consumo es el alcohol con 33,9%(43), seguido por el tabaco con 22%(28), cannabis con 7,9% (10) y cocaína un 4,7% (6).

Tabla 3. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de alcohol y sexo.

SEXO	ALCOHOL				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
Hombre	29	67,4%	38	45,2%	2,508 (1,162-5,411)	5,626 (0,018)
Mujer	14	32,6%	46	54,8%		
TOTAL	43	100%	84	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero



Interpretación: se observa que 43 estudiantes consumen alcohol siendo mayor en hombres con un 67,4% (29) que en mujeres con un 32,6% (14).

El valor del Chi cuadrado de 5,626 y valor p 0,018<0,05 muestra que existe asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y sexo.

Se obtuvo el OR con un valor de 2,508 y un intervalo de confianza 95% de 1,162-5,411; esto nos indica que ser hombre es un factor de riesgo para consumo de alcohol 2,508 veces más que ser mujer.

Tabla 4. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de tabaco (cigarrillo) y sexo.

SEXO	TABACO				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
Hombre	19	67,9%	48	48,5%	2,243 (0,925-5,438)	3,286 (0,070)
Mujer	9	32,1%	51	51,5%		
TOTAL	28	100%	99	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que 28 estudiantes consumen tabaco siendo mayor en hombres con un 67,9% (19) que en mujeres con un 32,1% (9). Sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de tabaco y sexo (p 0,070>0,05).

Tabla 5. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018 – Julio 2019, según: consumo de cannabis y sexo.

SEXO	CANNABIS				X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME		
Hombre	10	100%	57	48,7%	7,772 (0,005)**
Mujer	0	0%	60	51,3%	
TOTAL	10	100%	117	100%	

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que la totalidad de consumidores de cannabis en nuestro estudio son hombres. No se concluir si hay asociación al no existir casos de mujeres que consuman cannabis.



Tabla 6. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018 – Julio 2019, según: consumo de cocaína y sexo.

SEXO	COCAINA				X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME		
Hombre	6	100%	61	50,4%	3,826 (0,050)**
Mujer	0	0%	60	49,6%	
TOTAL	6	100%	121	100%	

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que 6 estudiantes consumen cocaína siendo la totalidad hombres. No se puede concluir si hay asociación al no existir casos de mujeres que consuman cocaína.

Tabla 7. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de alcohol y familia nuclear.

FAMILIA NUCLEAR	ALCOHOL				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	16	37,2%	47	56%	0,467 (0,220-0,991)	3,997 (0,046)
NO	27	62,8%	37	44%		
TOTAL	43	100%	84	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que los y las adolescentes que pertenecen a la familia nuclear consumen alcohol en un 37,2% (16). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y familia nuclear con un valor p de 0,046 < 0,05. Se observa que pertenecer a una familia nuclear es un factor protector frente al consumo de alcohol con un OR 0,467 (0,220-0,991).

Tabla 8. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de alcohol y familia extensa.

FAMILIA EXTENSA	ALCOHOL				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	15	34,5%	15	17,9%	2,464 (1,064-5,706)	4,570 (0,033)
NO	28	65,1%	69	82,1%		
TOTAL	43	100%	84	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero



Interpretación: se observa que los y las adolescentes que pertenecen a la familia extensa consumen alcohol en un 34,5% (15). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y familia extensa con un valor p de $0,033 < 0,05$. Pertenecer a una familia extensa es un factor de riesgo para el consumo de alcohol con un OR de 2,464 (1,064-5,706).

Tabla 9. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de alcohol y familia reconstituida.

FAMILIA RECONSTITUIDA	ALCOHOL				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	1	2,3%	2	2,4%	0,976 (0,086-11,078)	0,000 (1,000)**
NO	42	97,7%	82	97,6%		
TOTAL	43	100%	84	100%		

****Corrección por continuidad**

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que los y las adolescentes que pertenecen a la familia reconstituida consumen alcohol en un 2,3% (1). No hay asociación estadística entre el consumo de alcohol y familia reconstituida ($p > 0,05$).

Tabla 10. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de alcohol y familia monoparental.

FAMILIA MONOPARENTAL	ALCOHOL				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	11	25,6%	20	23,8%	1,100 (0,470-2,572)	0,048 (0,826)
NO	32	74,4%	64	76,2%		
TOTAL	43	100%	84	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que los y las adolescentes que pertenecen a una familia monoparental consumen alcohol en un 25,6% (11). Se encontró que no hay asociación estadística entre el consumo de alcohol y familia monoparental con un valor p de $0,826 > 0,05$.



Tabla 11. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de tabaco (cigarrillo) y familia nuclear.

FAMILIA NUCLEAR	TABACO				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	11	39,3%	52	52,5%	0,585 (0,249-1,375)	1,530 (0,216)
NO	17	60,7%	47	47,5%		
TOTAL	28	100%	99	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que del total de consumidores de tabaco un 39,3%(11) pertenecen a una familia nuclear. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de tabaco y familia nuclear (p 0,216>0,05).

Tabla 12. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de tabaco (cigarrillo) y familia extensa.

FAMILIA EXTENSA	TABACO				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	9	32,1%	21	21,2%	1,759 (0,696-4,450)	1,445 (0,229)
NO	19	67,9%	78	78,8%		
TOTAL	28	100%	99	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que del total de consumidores de tabaco un 32,1%(9) pertenece a una familia extensa.No se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de tabaco y familia extensa (p 0,229>0,05).

Tabla 13. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de tabaco (cigarrillo) y familia reconstituida.

FAMILIA RECONSTITUIDA	TABACO				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	1	3,6%	2	2%	1,796 (0,157-20,569)	0,000 (1,000)**
NO	27	96,4%	97	98%		
TOTAL	28	100%	99	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero



Interpretación: se observa que del total de consumidores de tabaco un 3,6%(1) pertenece a una familia reconstituida. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de tabaco y familia reconstituida ($p 1,000 > 0,05$).

Tabla 14. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de tabaco (cigarrillo) y familia monoparental.

FAMILIA MONOPARENTAL	TABACO				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	7	25%	24	24,2%	1,042 (0,394-2,751)	0,007 (0,934)
NO	21	75%	75	75,8%		
TOTAL	28	100%	99	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que del total de consumidores de tabaco un 25%(7) pertenece a una familia monoparental. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de tabaco y familia monoparental ($p 0,007 > 0,05$).

Tabla 15. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cannabis y familia nuclear.

FAMILIA NUCLEAR	CANNABIS				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	3	30%	60	51,3%	0,407 (0,100-1,651)	0,926 (0,336)**
NO	7	70%	57	48,7%		
TOTAL	10	100%	117	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que de los adolescentes que consumen cannabis pertenecen a una familia nuclear en un 30%(3). No se encontró asociación estadística entre el consumo de cannabis y familia nuclear ($p > 0,05$).



Tabla 16. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cannabis y familia extensa.

FAMILIA EXTENSA	CANNABIS				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	2	20%	28	23,9%	0,795 (0,159-3,962)	0,000 (1,000)**
NO	8	80%	89	76,1%		
TOTAL	10	100%	117	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que de los adolescentes que consumen cannabis pertenecen a una familia extensa en un 20%(2). No hay asociación estadística entre el consumo de cannabis y familia extensa ($p>0,05$).

Tabla 17. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cannabis y familia reconstituida.

FAMILIA RECONSTITUIDA	CANNABIS				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	1	10%	2	1,7%	6,389 (0,527-77,404)	0,327 (0,567)
NO	9	90%	115	98,3%		
TOTAL	10	100%	117	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que un adolescente de los que pertenece a la familia reconstituida consume cannabis. No hay asociación estadística entre el consumo de cannabis y familia reconstituida ($p>0,05$).

Tabla 18. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cannabis y familia monoparental.

FAMILIA MONOPARENTAL	CANNABIS				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	4	40%	27	23,1%	2,222 (0,584-8,455)	0,660 (0,417)
NO	6	60%	90	76,9%		
TOTAL	10	100%	117	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero



Interpretación: se observa que de los adolescentes que consumen cannabis el 40%(4) pertenecen a una familia monoparental. Se observa que no existe asociación estadísticamente significativa entre el consumo de cannabis y familia monoparental.

Tabla 19. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cocaína y familia nuclear.

FAMILIA NUCLEAR	COCAINA				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	2	33,3%	61	50,4%	0,492 (0,087-2,786)	0,159 (0,690)**
NO	4	66,7%	60	49,6%		
TOTAL	6	100%	121	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que de la totalidad de adolescentes que consumen cocaína el 33,3%(2) pertenece a una familia nuclear. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de cocaína y familia nuclear (p 0,690>0,05).

Tabla 20. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cocaína y familia extensa.

FAMILIA EXTENSA	COCAINA				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	1	16,7%	29	24%	0,634 (0,071-5,654)	0,000 (1,000)**
NO	5	83,3%	92	76%		
TOTAL	6	100%	121	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que de la totalidad de adolescentes que consumen cocaína el 16,7% (1) pertenece a una familia extensa.No se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de cocaína y familia extensa (p 1,000>0,05).



Tabla 21. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cocaína y familia reconstituida.

FAMILIA RECONSTITUIDA	COCAINA				X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME		
SI	0	0%	3	2,5%	0,000 (1,000)**
NO	6	100%	118	97,5%	
TOTAL	6	100%	121	100%	

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que la totalidad de adolescentes que consumen cocaína no pertenecen a una familia reconstituida, por lo que no se puede concluir.

Tabla 22. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cocaína y familia monoparental.

FAMILIA MONOPARENTAL	COCAINA				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	3	50%	28	23,1%	3,321 (0,635-17,384)	1,016 (0,313)
NO	3	50%	93	76,9%		
TOTAL	6	100%	121	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que de la totalidad de adolescentes que consumen cocaína el 50%(3) pertenece a una familia monoparental. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de cocaína y familia monoparental (p 0,313>0,05).

Tabla 23. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de alcohol y migración.

MIGRACIÓN DE FAMILIAR CERCAÑO	ALCOHOL				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	27	62,8%	47	56%	1,328 (0,625-2,823)	0,547 (0,460)
NO	16	37,2%	37	44%		
TOTAL	43	100%	84	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero



Interpretación: se observa que los y las adolescentes que tienen un familiar cercano que emigro consumen alcohol en un 62,8% (27). Se observó que no existe asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y migración con un valor p de 0,460 > 0,05.

Tabla 24. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de tabaco (cigarrillo) y migración de familiar cercano.

MIGRACIÓN DE FAMILIAR CERCANO	TABACO				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	18	64,3%	56	56,6%	1,382 (0,580-3,296)	0,535 (0,465)
NO	10	35,7%	43	43,4%		
TOTAL	28	100%	99	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que la mayoría de los y las adolescentes que consumen tabaco tienen un familiar migrante 64,3%(18); sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de tabaco y migración de un familiar cercano (p 0,465>0,05).

Tabla 25. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cannabis y migración de familiar cercano.

MIGRACIÓN DE FAMILIAR CERCANO	CANNABIS				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	7	70%	67	57,3%	1,741 (0,429-7,070)	0,202 (0,653)**
NO	3	30%	50	42,7%		
TOTAL	10	100%	117	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que la mayoría de los adolescentes que tienen un familiar cercano migrante consumen cannabis en un 70%(7). Sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de cannabis y migración de un familiar cercano (p 0,653>0,05).



Tabla 26. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cocaína y migración de familiar cercano.

MIGRACIÓN DE FAMILIAR CERCAÑO	COCAINA				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
SI	4	66,7%	70	57,9%	1,457 (0,257-8,263)	0,000 (0,997)**
NO	2	33,3%	51	42,1%		
TOTAL	6	100%	121	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que la mayoría de los adolescentes que consumen cocaína tienen un familiar migrante 66,7%(4); sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de cocaína y migración de un familiar cercano (p 0,997>0,05).

Tabla 27. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de alcohol y estilos de vida.

ESTILOS DE VIDA	ALCOHOL				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
INADECUADO	23	53,5%	23	27,4%	3,050 (1,416-6,571)	8,391 (0,004)
ADECUADO	20	46,5%	61	72,6%		
TOTAL	43	100%	84	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: según el estilo de vida los y las adolescentes que consumen alcohol en su mayoría pertenecen al grupo que tienen un estilo de vida inadecuado en un 53,5% (23).El estilo de vida inadecuado es un factor de riesgo para el consumo de alcohol con un OR de 3,050 (1,416-6,571).El Chi cuadrado con un valor p de 0,004 > 0,05 comprueba que si existe relación estadística significativa entre el consumo de alcohol y estilo de vida.

Tabla 28. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de tabaco (cigarrillo) y estilos de vida.

ESTILOS DE VIDA	TABACO				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
INADECUADO	17	60,7%	29	29,3%	3,730 (1,558-8,933)	9,328 (0,002)
ADECUADO	11	39,3%	70	70,7%		
TOTAL	28	100%	99	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero



Interpretación: se observa que la mayoría de los y las adolescentes que consumen tabaco poseen un estilo de vida inadecuado 60,7%(17). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de tabaco y estilos de vida ($p 0,002 < 0,05$). Además, el OR 3,730 con su intervalo de confianza de 1,558-8,933 indica que poseer un estilo de vida inadecuado es un factor de riesgo para el consumo de tabaco.

Tabla 29. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cannabis y estilos de vida.

ESTILOS DE VIDA	CANNABIS				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
INADECUADO	4	40%	42	35,9%	1,190 (0,318-4,458)	0,000 (1,000)**
ADECUADO	6	60%	75	64,1%		
TOTAL	10	100%	117	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que la mayoría de los adolescentes que consumen cannabis poseen un estilo de vida adecuado 60%(6). Sin embargo, no hay asociación estadística entre el consumo de cannabis y estilo de vida ($p > 0,05$).

Tabla 30. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cocaína y estilos de vida.

ESTILOS DE VIDA	COCAINA				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
INADECUADO	2	33,3%	44	36,4%	0,875 (0,154-4,972)	0,000 (1,000)**
ADECUADO	4	66,7%	77	63,6%		
TOTAL	6	100%	121	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que la mayoría de los adolescentes que consumen cocaína poseen un estilo de vida adecuado 66,7%(4). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de cocaína y estilos de vida ($p 1,000 > 0,05$).



Tabla 31. Tabla. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de sustancias adictivas y funcionalidad familiar.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	ALCOHOL				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
DISFUNCIONAL	6	14%	10	11,9%	1,200 (0,405-3,556)	0,108 (0,742)
FUNCIONAL	37	86%	74	88,1%		
TOTAL	43	100%	84	100%		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que la mayoría de los y las adolescentes que consumen alcohol perciben a su familia como funcional con un 86% (37).

No se encontró asociación estadística entre consumo de alcohol y funcionalidad familiar ($p 0,108 > 0,05$).

Tabla 32. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de tabaco (cigarrillo) y funcionalidad familiar.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	TABACO				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
DISFUNCIONAL	5	17,9%	11	11,1%	1,739 (0,549-5,506)	0,393 (0,530)**
FUNCIONAL	23	82,1%	88	88,9%		
TOTAL	28	100%	99	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que la mayoría de los y las adolescentes que consumen tabaco perciben a su familia como funcional 82,1%(23). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de tabaco y funcionalidad familiar ($p 0,530 > 0,05$).



Tabla 33. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cannabis y funcionalidad familiar.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CANNABIS				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
DISFUNCIONAL	2	20%	14	12%	1,839 (0,354-9,548)	0,057 (0,812)**
FUNCIONAL	8	80%	103	88%		
TOTAL	10	100%	117	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que los adolescentes que pertenecen a una familia funcional consumen cannabis en un 80% (8).

No hay asociación estadística entre el consumo de cannabis y funcionalidad familiar ($p > 0,05$).

Tabla 34. Distribución de 127 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna. Septiembre 2018- Julio 2019, según: consumo de cocaína y funcionalidad familiar.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	COCAINA				OR (IC 95%)	X ² (valor p)
	CONSUME		NO CONSUME			
DISFUNCIONAL	1	16,7%	15	12,4%	1,413 (0,154-12,936)	0,000 (1,000)**
FUNCIONAL	5	83,3%	106	87,6%		
TOTAL	6	100%	121	100%		

**Corrección por continuidad

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Michelle Guerrero, María Eugenia Romero

Interpretación: se observa que la mayoría de los adolescentes que consumen cocaína perciben a su familia como funcional 83,3% (5). Sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de cocaína y funcionalidad familiar ($p > 0,05$).



CONTRASTE DE HIPÓTESIS

Se rechaza la hipótesis nula, ya que la prevalencia de consumo de sustancias adictivas es de 33,9% para el consumo alcohol, 22% para el tabaco, el 7,9% cannabis y el 4,7% cocaína; todas menores al 50%. También se rechaza la hipótesis nula en relación a la asociación de consumo de alcohol y sexo, tipo de familia y estilo de vida, también entre el consumo de tabaco y el estilo de vida. Y no se rechaza la hipótesis nula en relación a migración y funcionalidad familiar.



CAPÍTULO VI

3. DISCUSIÓN

En este estudio se propuso conocer la prevalencia del consumo de sustancias adictivas y factores asociados en 127 estudiantes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna de la parroquia Cojitambo en el periodo lectivo septiembre 2018-julio 2019. Pues el tema de salud mental y prevención tanto del uso como del abuso de drogas especialmente en jóvenes y adolescentes es considerada una prioridad para la Organización Panamericana de la Salud(51).

Como en numerosos estudios la sustancia más consumida fue el alcohol con un 33,9% mayor a la encuesta nacional de salud y nutrición del 2012 de 21,06% (15) y la realizada en 2015 en Colombia de 21,7%; pero se ha visto un aumento con el paso del tiempo siendo este resultado menor en comparación a resultados más actuales así en 2016 Castro et al. (5) identificó un consumo de 55,1%, en 2017 Olivares et al. (6) de un 54,8%, incluso un consumo muy alto 93,9% en Colombia(12), en 2018 en Azuay un 44,3% (14), en Cañar un 50,25% en la parroquia Honorato Vásquez(17) y 55,24% en la parroquia Solano(18).

La segunda más consumida fue el tabaco con un 22% igual al identificado en la parroquia Solano con 22,65%(18) y al de Fernandes et al.(2) con 22,9% ;pero menor a otros como de 37,93% en Cañar(17) y 40,3% en España(3).

Seguido por el 7,9% de marihuana que fue superior al realizado en Solano de 2,76%(18) pero menor al de la parroquia Honorato Vásquez con 21,18%(17), de Colombia de 11%(12) y Chile de 32,9%(7).

Por último el consumo de cocaína con un 4,7% mayor al observado en 2012 en Azogues de 0,54%(15); pero menor al realizado en Cañar en 2018 de 8,37%(17).

En relación con el sexo, en este estudio se encontró que ser hombre es un factor de riesgo 2,508 veces más que ser mujer para el consumo de alcohol. Este dato coincide con Cruz, Gómez & Rincón(10) realizado en Colombia, 2015 evidenció que ser mujer es un factor protector para el consumo de sustancias adictivas (OR=0,58 IC95% 0,40-0,84); de la misma manera Fuentes et al. (3) identificó diferencia significativa entre el sexo y consumo de alcohol correspondiendo a los hombres las puntuaciones más altas. Igualmente en Cumbe 2015, Mogrovejo(52) identificó que los adolescentes hombres presentan mayor riesgo de consumo de alcohol 3,19 veces más las mujeres. (IC95% 1,617-6,09 y valor p 0,000).

Se encontró asociación entre el consumo de alcohol y el tipo de familia así la familia nuclear como factor protector y como factor de riesgo la familia extensa Esto concuerda con Agudelo y Estrada(43) en Colombia



2015 donde la familia nuclear presentó el más bajo porcentaje con un 3,8% en relación a escolares en riesgo de alcoholismo. Además la investigación de Rüütel et al.(53), 2014 revela cómo factor protector que el adolescente viva en una familia con padres biológicos frente al consumo de alcohol pues vivir en una familia monoparental o reconstituida los adolescentes tienden a beber más.

Un estilo de vida malo es un factor de riesgo de 3,050 veces más para el consumo de alcohol y 3,730 veces más para el consumo de tabaco. Concuera con el estudio realizado por Romero(13) en 2016, indica que tener un mal estilo de vida es un factor de riesgo 2,628 veces más para el consumo de alcohol (IC95% 1,733-3,985 y valor p 0,000). En el mismo año en España Castro et al. (5) encontró que el 67,1% de los adolescentes realizan actividad física y que este se relaciona como factor de protección con el consumo de tabaco.



CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

- La población de estudio está conformada por 127 adolescentes la mayoría son hombres (52,8%), pertenecen a una familia nuclear (49,6%), poseen un familiar cercano migrante (58,3%), su estilo de vida es bueno (60,6%) y perciben a su familia como moderadamente funcional (53,5%).
- La prevalencia de consumo de sustancias adictivas es de 33,9% para el consumo alcohol, 22% para el tabaco, el 7,9% cannabis y el 4,7% cocaína.
- Se identificó asociación entre el consumo de alcohol y el sexo, ser hombre como factor de riesgo 2,508 veces más que las mujeres.
- La totalidad de participantes del estudio que consumen cannabis y cocaína son hombres.
- Se encontró asociación de consumo de alcohol con pertenecer a una familia nuclear como factor protector y pertenecer a una familia extensa como factor de riesgo 2,464 veces más que otros tipos de familias.
- Poseer un estilo de vida inadecuado es un factor de riesgo de 3,050 veces más para el consumo de alcohol (valor $p=0,004$) y 3,730 veces más para el consumo de tabaco (valor $p=0,002$).
- No se encontró asociación del consumo de ninguna sustancia adictiva con la migración y funcionalidad familiar.



7.2 RECOMENDACIONES

- Se propone a la unidad educativa coordinar con el centro de salud para realizar programas de prevención, detección temprana y tratamiento precoz en caso necesario.
- Se aconseja a los padres de familia o representantes legales informarse para identificar signos de alerta, crear vínculos fuertes para que el adolescente tenga la confianza de hablar de sus problemas, mantener una buena relación entre todos los integrantes de la familia incluso con los que se encuentran fuera del país.
- Se recomienda a la familia promover un estilo de vida saludable tanto en la institución educativa como en el hogar para evitar conductas de riesgo.
- Se sugiere a futuros investigadores realizar nuevos estudios en diversas instituciones a nivel nacional con una muestra más grande



CAPÍTULO VIII

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe Mundial de Drogas 2018: crisis de opioides, abuso de medicamentos y niveles récord de opio y cocaína [Internet]. 2018 [citado 19 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/es/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018_-opiod-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html
2. Fernandes I, Andrade LM, Martins MM, Martins T, Rolim KM, Guerra-Martín MD. Consumo de sustancias adictivas, tabaco, alcohol y marihuana, en estudiantes del Norte de Portugal. *Enferm Glob.* 19 de febrero de 2019;18(2):180-209.
3. Fuentes MC, Alarcón A, García F, Gracia E. Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y el barrio [Use of alcohol, tobacco, cannabis and other drugs in adolescence: Effects of family and neighborhood]. *An Psicol Ann Psychol.* 16 de septiembre de 2015;31(3):1000-7.
4. Barragán Martín AB, Martos Martínez Á, Simón Márquez M del M, Pérez-Fuentes M del C, Molero Jurado M del M, Gázquez Linares JJ. Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. *Eur J Child Dev Educ Psychopathol.* 2016;4(1):49-61.
5. Castro-Sánchez M, Zurita-Ortega F, Chacón-Cuberos R, Espejo-Garcés T, Martínez-Martínez A, Pérez-Cortés AJ. Sustancias nocivas y actividad física en adolescentes | Sportis. *Scientific Journal of School Sport, Physical Education and Psychomotricity. Sport Sci J Sch Sport Phys Educ Psychomot.* 30 de abril de 2017;3(2):223-40.
6. Olivares JU, Baena Charro B, Úrsua Prieto M, Meneses Falcón, C. Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. *Salud Drog.* febrero de 2018;18:107-18.
7. Vilugrón Aravena F, Hidalgo-Rasmussen CA, Molina G. T, Gras Pérez ME, Font-Mayolas S. Uso de sustancias psicoactivas y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolarizados. *Rev Médica Chile.* diciembre de 2017;145(12):1525-34.
8. López-Cisneros MA, Alonso Castillo MM, Méndez Ruíz MD, Armendáriz García NA. Descripción del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de complementos urbanos del Estado de Nuevo León, México. *Health Addict Drog.* 31 de julio de 2016;16(2):127-34.
9. Alonso-Castillo MMM, Yañez-Lozano Á, Armendáriz-García NA. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Health Addict Drog.* 31 de enero de 2017;17(1):87-96.



10. Cruz-Ramírez V, Gómez-Restrepo C, Rincón CJ. SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES COLOMBIANOS MENTAL HEALTH AND USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN COLOMBIAN ADOLESCENTS. Salud Drog. febrero de 2018;18(1):11.
11. GonzálezTrujillo KL, Londoño Perez C. Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes. Psicol Salud. diciembre de 2017;27(2):141-53.
12. Aguirre-Guiza NC, Aldana-Pinzón OB, Bonilla-Ibáñez CP. Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. Rev Salud Pública. febrero de 2017;19(1):3-9.
13. Romero Romero M de L. Determinantes sociales del consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato del Colegio Daniel Córdova Toral, Cuenca-Ecuador 2016 [Internet] [Magíster en Investigación de la Salud]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2016 [citado 14 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26209>
14. Sigua Espinoza WF. Relación entre factores de riesgo familiar y consumo problemático de alcohol en adolescentes, parroquia Yanuncay, 2018. [Internet] [Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Universidad del Azuay; 2019 [citado 26 de julio de 2019]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/8736>
15. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. [Internet]. Quito: Observatorio Nacional de Drogas.; 2012. Disponible en: http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Encuesta_uso_drogas_CONSEP_08.2013.pdf
16. Mora Zhinín HC. Relación entre migración de progenitores y conductas de riesgo en adolescentes, comunidad El Salto, mayo 2015- mayo 2016 [Internet] [Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Universidad del Azuay; 2016 [citado 26 de julio de 2019]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6446>
17. Riera Quinde JI. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados y factores asociados. Honorato Vásquez. 2018 [Internet] [Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. [Cuenca]: Universidad del Azuay; 2019 [citado 26 de julio de 2019]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/8722>
18. Naula Naula MM. Consumo de alcohol, tabaco, marihuana en adolescentes escolarizados de la parroquia Solano y los factores psicosociales asociados, 2018 [Internet] [Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Universidad del Azuay; 2019 [citado 26 de julio de 2019]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/8728>
19. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017 [Internet]. [citado 26 de julio de 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/287130885/PRIORIDADES-INVESTIGACION-SALUD2013-2017-1-pdf>



20. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. [citado 1 de agosto de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
21. Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI. Pubertad y Adolescencia. Rev Form Contin Soc Esp Med Adolesc. febrero de 2017;5:7-22.
22. de la Guardia Gutiérrez MA, Salazar Campos A. Una retrospectiva del uso de las drogas. A retrospective of the use of drugs. ET J. marzo de 2019;4:315-23.
23. Tena-Suck A, Castro-Martínez G, Marín-Navarrete R, Gómez-Romero P. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. Med Interna México. marzo de 2018;34:264-77.
24. Valdés Iglesia AJ, Vento Lezcano CA, Hernández Martínez D, Álvarez Gómez AE, Díaz Pita G. Drogas, un problema de salud mundial. Univ Médica Pinareña. 28 de mayo de 2018;14(2):168-83.
25. Paz Sánchez CE, Acosta Gaibo MP, Bustamante Cruz RE, Chuquimarca Chuquimarca R, Vargas Armijo Jessica A. FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA CAMILO PONCE DE LA CIUDAD DE BABAHOYO. Rev Mag Las Cienc. 2018;51-73.
26. Iglesias Pérez O, Escalona Rosabal A, Escalona Arias M, Alvarez Licea AB. Efecto del uso de las drogas y los peligros que su consumo implica jóvenes y estudiantes. MULTIMED Rev Médica Granma. 20 de diciembre de 2018;22(6):1280-98.
27. CENTRO DE INFORMACIÓN Y, EDUCACIÓN PARA, LA PREVENCIÓN, DEL ABUSO DE DROGAS (CEDRO). El Problema de las Drogas en el Perú 2018 [Internet]. 1.^a ed. Biblioteca Nacional del Perú; 2018. 217 p. Disponible en: <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema%20de%20las%20drogas.2018.pdf>
28. Llor Briones W, Hidalgo Hidalgo H, Macías Alvarado J, García Noy E, Scrich Vázquez AJ. Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. Rev Arch Méd Camagüey. abril de 2018;22(2):130-8.
29. Ahumada-Cortez G, Gámez-Medina ME, Valdez-Montero C. EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. ALCOHOL CONSUMPTION AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM. Ra Ximhai. diciembre de 2017;13:13-24.
30. Navarrete Hernández BR, Secín Diep R. Generalidades del trastorno por consumo de alcohol. ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. 2018;16(1):47-53.
31. Miguel-Aguilar CF, Rodríguez-Bolaños R de los Á, Caballero M, Arillo-Santillán E, Reynales-Shigematsu LM. Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. Salud Pública México. 2017;59:S63-72.



32. Bardach A, García Perdomo HA, Ruano Gándara RA, Ciapponi A. Niveles de ingreso y prevalencia de tabaquismo en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;263-71.
33. Sustancias químicas nocivas en los productos de tabaco [Internet]. cancer.org. 2017 [citado 15 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/tabaco-y-cancer/agentes-cancerigenos-en-los-productos-de-tabaco.html>
34. Herrera G AM, Corvalán MP. Tabaquismo en el adolescente. *Rev Chil Enfermedades Respir*. 2017;33:236-8.
35. Organización Mundial de la Salud. Tabaco [Internet]. 2019 [citado 15 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
36. Rosales Casavielles YE, Góngora Herse M, de la Rosa Rosales EJ. La marihuana y los efectos que provocan en los seres humanos. *Correo Científico Méd Holguín*. junio de 2017;21(2):557-60.
37. Heras H, Giannuzzi L. Marihuana y adolescencia. *Cienc Soc*. 30 de diciembre de 2016;26:39-44.
38. World Health Organization, Regional Office for Europe. The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use. [Internet]. Geneva; Herndon: World Health Organization Stylus Publishing, LLC [distributor; 2016 [citado 15 de agosto de 2019]. 72 p. Disponible en: <http://deslibris.ca/ID/10090267>
39. National Institute on Drug Abuse (NIH). La cocaína [Internet]. 2018 [citado 15 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina>
40. Organización de los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM). INFORME SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN LAS AMÉRICAS 2019 [Internet]. Washington, D.C.; 2019. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Américas%202019.pdf>
41. González Llona I, Tumuluru S, González - Torres MÁ, Gaviria M. Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015;35:555-71.
42. Erazo Santander OA. Consumo de drogas en adolescentes. Una reflexión conceptual. *Cult Educ Soc*. 18 de julio de 2019;10(1):53-66.
43. Agudelo Bedoya ME, Estrada Arango P. El consumo de sustancias psicoactivas y las formas de organización y dinámica familiar. *Trab Soc*. 1 de enero de 2016;0(18):145-56.
44. Higueta-Gutiérrez LF, Cardona-Arias JA. Perception of Family Functioning in Adolescents enrolled in Public Education Institutions in Medellín (Colombia), 2014. *CES Psicol*. 2016;9(2):167-78.



45. Mideros K. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL EN LA CIUDAD DE CAYAMBE [Internet] [Pregrado Psicología]. [Cayambe]: Universidad De Las Américas; 2017. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/8126/1/UDLA-EC-TPC-2017-22.pdf>
46. Vallejo Alviter NG, Martínez Moctezuma E. Impacto de la promoción de estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida. *Drugs Addict Behav.* 1 de julio de 2017;2(2):225-35.
47. Hernández Murúa JA, Salazar Landeros MM, Salazar CM, Gómez Figueroa JA, Ortiz Bojórquez C, Souza Teixeira F de, et al. Influencia del estilo de vida y la funcionalidad sobre la calidad de vida relacionada con la salud de la población mexicana con salud comprometida. *Educ Física Cienc.* junio de 2015;17(1):11.
48. Naciones Unidas. Migración [Internet]. 2018 [citado 15 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/>
49. SEGMENTO: RESEÑA HISTÓRICA UNIDAD EDUCATIVA “DR. GABRIEL SÁNCHEZ LUNA” [Internet]. Periódico El observatorio. 2018 [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://periodicoelobservatorio.wordpress.com/2018/01/27/segmento-resena-historica-unidad-educativa-dr-gabriel-sanchez-luna/>
50. Spanish Dictionary & Translations | Lexico Dictionaries [Internet]. Lexico Dictionaries | Spanish. [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.lexico.com/es>
51. Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Mental y Prevención del Consumo de Drogas | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 12 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1630:salud-mental-y-prevencion-del-consumo-de-drogas&Itemid=360
52. Mogrovejo Guzmán, Marilupe Josefina. Funcionalidad familiar y factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la parroquia Cumbe 2015 [Internet] [Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. [Cumbe]: Universidad de Cuenca; 2017 [citado 14 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27107>
53. Rüütel E, Sisask M, Värnik A, Värnik P, Carli V, Wasserman C, et al. Alcohol Consumption Patterns among Adolescents are Related to Family Structure and Exposure to Drunkenness within the Family: Results from the SEYLE Project. *Int J Environ Res Public Health.* diciembre de 2014;11(12):12700-15.
54. Villar López M, Ballinas Sueldo Y, Gutiérrez Villafuerte C, Angulo Bazán Y. ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DEL TEST FANTASTICO PARA MEDIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN TRABAJADORES EVALUADOS POR EL PROGRAMA “REFORMA DE VIDA” DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD). *Rev Peru Med INTEGRATIVA.* 2016;1(2):17-26.
55. Riva-Posse AE. Trastornos Adictivos. *Inmanencia Rev Hosp Interzon Gen Agudos HIGA Eva Perón.* 12 de mayo de 2017;5(1):51-7.



ANEXOS

ANEXO 1: ASENTIMIENTO INFORMADO

“Prevalencia de consumo de sustancias adictivas y factores asociados en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna, Cojitambo 2019”

Código numérico 000

El presente trabajo de investigación tiene como director al Dr. Manuel Ismael Morocho Malla y es realizado por María Eugenia Romero Calle con CI 0302398409 y Michelle Carolina Guerrero Cabrera con CI 0705347292; egresadas de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

El objetivo es identificar la prevalencia de consumo de sustancias adictivas y factores asociados como estructura familiar, funcionalidad familiar, migración y estilos de vida; en los adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna de la parroquia Cojitambo.

Antes de decidir si participar o no, es importante que conozca y comprenda cada uno de los enunciados a continuación. Cuando usted haya comprendido el motivo de estudio y decida ser participe, se le pedirá que firme esta hoja de asentimiento.

Información: este trabajo de investigación pretende identificar la prevalencia de consumo de sustancias adictivas y factores asociados en los adolescentes la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna de la parroquia Cojitambo, para lo cual se aplicarán 4 cuestionarios de recolección de datos.

Riesgos del estudio: su participación en el estudio no implica ningún riesgo, ni tampoco afectará su integridad física o emocional.

Beneficios: la información obtenida será utilizada para beneficio de la comunidad, pues con este estudio se podrá conocer sobre consumo de sustancias adictivas y factores asociados, con la finalidad de encontrar una solución al problema.

Confidencialidad: la información que se recibe en el momento será confidencial, no será usada para ningún propósito ajeno al objetivo de esta investigación, no se dará su información a padres de familia, representantes legales o autoridades de la Unidad Educativa.

Participación voluntaria: su participación es enteramente voluntaria. Usted está en plena condición de decidir en formar parte de la investigación, sin que eso le traiga consecuencias de ningún tipo.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0958859786 que pertenece a María Eugenia Romero Calle o envíe un correo electrónico a ma.euge001@gmail.com

Yo....., con cédula de identidad libremente y bajo ningún tipo de presión, acepto participar en esta investigación y estoy de acuerdo con la información que se me ha brindado. Reconozco que la información que de mí se obtenga es estrictamente confidencial, y no será utilizada con propósito ajeno a los de este estudio sin mi consentimiento. Por lo tanto, puedo decidir participar o no en este estudio, sin que eso traiga alguna consecuencia a mi persona.

.....
Firma



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: "Prevalencia de consumo de sustancias adictivas y factores asociados en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna, Cojitambo 2019"

Código numérico 000

Datos del equipo de investigación	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigadora	María Eugenia Romero Calle	0302398409	Universidad de Cuenca
Investigador a	Michelle Carolina Guerrero Cabrera	0705347292	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?
Señores Padres de Familia o Representante legal Su hijo(a) o representado (a) legal está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna, de la parroquia Cojitambo. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre la participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.
Introducción
El consumo de sustancias adictivas o también llamadas drogas es un problema cada vez más común en la sociedad actual, especialmente en un grupo tan vulnerable como son los adolescentes, ya que atraviesan una época de aprendizaje, de nuevas experiencias, de conocer el mundo. Es un problema que afecta a los estudiantes, a sus padres y también a la comunidad, puedes tiene efectos graves en la salud del adolescente por lo que consideramos necesario realizar esta investigación para tomar las medidas correspondientes para llegar a una solución.
Objetivo del estudio
Identificar el número de adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Gabriel Sánchez Luna que consumen sustancias adictivas como son alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y si se relaciona con la migración, estilo de vida, personas de la familia con quien vive (estructura familiar) y cómo funciona el hogar (funcionalidad familiar).
Descripción de los procedimientos
Para obtener la información necesaria se aplicarán 4 encuestas a sus hijos o representados con una duración de aproximadamente 30 minutos. Se realizará con todos los estudiantes de la Unidad Educativa Gabriel Sánchez Luna que deseen participar y que los representantes lo autoricen. Los datos que se obtengan serán utilizados para un trabajo que se presentará a la Universidad de Cuenca para obtener nuestro título de médico.
Riesgos y beneficios
La participación en el estudio no implica ningún riesgo, ni tampoco afectará de forma física o emocional de los encuestados. La información obtenida será utilizada para beneficio de la comunidad, pues con este estudio se podrá conocer sobre consumo de sustancias adictivas y de esta manera buscar soluciones a este problema.
Otras opciones si no participa en el estudio
La participación es enteramente voluntaria. Usted está en plena condición de decidir en formar parte de la investigación, sin que eso le traiga consecuencias de ningún tipo.



Derechos de los participantes
Usted tiene derecho a: 1) Recibir la información del estudio de forma clara; 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario; 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio; 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede; 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad); 10) Que se respete su intimidad (privacidad); 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede; 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes; 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
Manejo del material biológico recolectado
Los datos serán obtenidos por las autoras, no se permitirá que otras personas lo hagan para evitar errores, y por ningún motivo se dará información personal de la encuestas a familiares o autoridades de la institución.
Información de contacto
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor comunicarse con María Eugenia Romero Calle llamando al siguiente teléfono 0958859786 o envíe un correo electrónico a ma.euge001@gmail.com
Consentimiento informado
Comprendo la participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____	_____	_____
Nombres completos del representante	Firma del/a representante	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha



ANEXO 3

Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento(50).	Años cumplidos.	Numérica (continua)
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras(50).	Características sexuales secundarias.	1. Hombre 2. Mujer (dicotómica)
Año de estudio	Año que comprende desde el comienzo de un curso, generalmente en septiembre u octubre, hasta su final o el comienzo del otro(50).	Datos del cuestionario.	Numérica (ordinal)
Consumo de Sustancias	Uso de drogas legales o ilegales.	Criterios del DSM 5.	1. Sí 2. No (dicotómica)
Tipo de familia	Conformación según los miembros que conviven en un hogar..	Datos del cuestionario.	1. Familia nuclear 2. Familia extensa 3. Familia monoparental 4. Homoparental 5. Familia reconstituida
Funcionalidad familiar	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa(44)..	Sumatoria de puntuación del Test SSFIL.	4. 70 a 57 = Familiar funcional 5. 56 a 43 = familia moderadamente funcional 6. 42 a 28 = Familia disfuncional 7. 27 a 14 = Familia severamente disfuncional
Estilo de vida	Manera en la que vive una persona.	Sumatoria de puntuación del Test Fantastic.	1. 39 = peligro 2. 40-59 = bajo 3. 60-69 = regular 4. 70-84 = bueno 5. Más de 85 = Excelente
Migración	Movimiento de población del lugar de residencia para establecerse en otro país o región(50).	Datos del cuestionario.	1. Sí 2. No (dicotómica)

Elaborado por: Michelle Guerrero y María Eugenia Romero



ANEXO 4

CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Datos sociodemográficos:

Código numérico 000

Fecha:

Edad:.....

Sexo: Hombre Mujer

Curso:

Con quien vive:

.....
.....
.....

Algún familiar salió del país:

.....
.....



ANEXO 5: TEST FANTASTIC

La comunicación con los demás es honesta	Casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
Obtengo el apoyo emocional que necesito	Casi siempre	Frecuente	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	Frecuente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
Desayuna diariamente	Casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
Exceso de azúcar, sal, grasas animales o comidas basura	Casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Rara vez	Casi a diario
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	Casi a diario
Café, té, refresco de cola	Nunca	1 a 2 al día	3 a 6 al 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 20 ^o bebidas	Más de 20 bebidas
Bebe alcohol y conduce	Nunca	Casi nunca	Solo ocasionalmente	Una vez al mes	Frecuente
Duerme 7 a 9 horas por noche	Casi siempre	Frecuente	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	Casi siempre



Competividad y agresividad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
Sentimientos de ira y hostilidad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
Piensa de manera positiva	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Ansiedad, preocupación	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
Depresión	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
Satisfacción en el trabajo o labores que desempeña	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca

Calificación: 39 Puntos= Peligro; 40-59 Puntos=Bajo; 60-69 Puntos=Regular; 70-84 Puntos=Bueno; Más de 85 Puntos= Excelente(54).



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

Calificación: 70 a 57=Familia funcional; 56 a 43= Familia moderadamente funcional; 42 a 28=Familia disfuncional ; 27 a 14=Familia severamente disfuncional(45).



ANEXO 7

CRITERIOS DSM5								
SUSTANCIA PSICOACTIVA	ALCOHOL		TABACO		CANNABIS		COCAINA	
	SÍ	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Consume 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								
Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir, consumirlo o recuperarse de sus efectos								
Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir								
Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar								
Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol								
El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio								
Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico								
Continúa con el consumo 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>):								



<p>a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.</p> <p>b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad</p>							
<p>Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos (<i>debe presentar ambos</i>):</p> <p>a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia.</p> <p>b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p>							

Calificación: consumo \geq 2 criterios.



ANEXO 8

SOLICITUD PARA AUTORIZACION

Lda. Alexandra Zambrano Coronel

DIRECTORA DISTRITAL DE EDUCACIÓN

Su despacho. -

De nuestra consideración:

Por medio de la presente hago llegar un respetuoso saludo, a la vez solicito de la manera más comedida se digne autorizar la ejecución del estudio denominado “Prevalencia de consumo de sustancias adictivas y factores asociados en adolescentes del colegio Dr. Gabriel Sánchez Luna, Azogues 2019”, mismo que estará a cargo de María Eugenia Romero Calle y Michelle Carolina Guerrero Cabrera, egresadas de medicina de la Universidad de Cuenca, como requisito indispensable para la titulación de la carrera.

Este estudio se realizará mediante encuestas con una duración de 30 minutos por curso por lo que solicito me permita pausar las actividades académicas por este lapso de tiempo, se prevé realizar la recolección de datos en 5 días a partir de la aprobación de esta solicitud. Se adjunta información del estudio.

Consideramos importante obtener un diagnóstico sobre consumo de sustancias adictivas en los adolescentes y su relación con factores asociados como: estructura familiar, función familiar, estilos de vida y migración, ya que es un problema no solo para el estudiante, sino también para su familia, el colegio y la sociedad en general. La investigación brindará datos actuales y fiables para que las autoridades respectivas puedan planificar programas de intervención y prevención en el consumo.

La presente investigación se realizará previa aprobación del protocolo por la Comisión de Asesoría de Trabajos de Investigación y Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca.

La información recolectada se publicará en el proyecto de investigación para la obtención del título de Médicos, guardando siempre la confidencialidad de la información personal de los participantes.

Por la atención favorable a la presente anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente,

María Eugenia Romero Calle
0302398409

Michelle Carolina Guerrero Cabrera
0705347292