



DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y

COMUNITARIA

**Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes
escolarizados y factores asociados.**

Honorato Vásquez. 2018

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria**

Autora: Md. Johanna Isabel Riera Quinde

Director: Dr. José Patricio Beltrán Carreño

Cuenca – Ecuador

2019

II. Agradecimientos

Mi eterna gratitud a todas las personas que de manera directa e indirecta participaron en mi formación en este posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad del Azuay; en especial a:

- Dr. Patricio Beltrán Carreño, mi director de tesis, por su paciencia, generosidad, coherencia, buen trato y excelencia.
- Dr. Pedro Martínez, director del posgrado, profesor y amigo, por su apoyo y orientación.
- A los directivos y docentes de las diferentes instituciones educativas pertenecientes a la parroquia Honorato Vásquez, por facilitar la investigación en los establecimientos.
- A las y los adolescentes participantes, por su tiempo, sinceridad y espíritu colaborador con la investigación.

III. Dedicatoria

A mis padres por darme el ejemplo de responsabilidad y perseverancia, facilitar mi formación profesional y acompañarme durante toda mi vida.

A Dayanna y Angélica, mi hijas, por ser fuente inagotable de amor, sabiduría y paciencia.

A William, mi esposo, por la confianza, compañía y seguridad brindada durante toda mi formación.

IV. Resumen.

Mediante un estudio analítico transversal, que incluye estadística descriptiva y análisis bi-variado, se evaluó a 203 adolescentes escolarizados con edad media de 13,7 años ($\pm 2,69$), en su mayoría mujeres (51,23%), mestizos (76,35%), con residencia rural (73,89%) y con una estratificación socioeconómica media (83,79%); de la parroquia Honorato Vásquez en el año 2018.

El 58,12% de adolescentes consume cualquier tipo de sustancias psicoactivas, de los cuáles: 50,25% alcohol, 37,93% tabaco, 21,18% cannabis y 8,37% cocaína. El alcohol se asocia con: pertenecer a un equipo deportivo (RP 1,73 IC95%: 1,34-2,23; p 0,002), consumo del entorno familiar (RP 2,89 IC95%: 1,53-5,43; p 0,000), estrato socioeconómico medio típico (RP 1,36 IC95%: 1,04-1,78; p 0,043) y disfuncionalidad familiar (RP 1,84 IC95%: 1,43-2,33; p 0,000). El tabaco con: consumo en el entorno social (RP 3,78 IC95%: 2,31-6,18; p 0,000), migración del padre (RP 1,84 IC95%: 1,32-2,57; p 0,001), y familia monoparental (RP 1,57 IC95%: 1,11-2,22; p 0,020). El cannabis con: consumo de sustancias ilícitas por pares (RP 10,48 IC95%: 5,18-21,20; p 0,000) y percepción de familia moderadamente funcional (RP 3,17 IC95%: 1,90-5,29; p 0,000). La cocaína con: migración de progenitores y hermanos, (RP 8,98 IC95%: 4,03-20,01; p 0,000), consumo en familiares (RP 14,28 IC95%: 8,62-23,67; p 0,000). Los factores protectores son: grupo social religioso, (RP 0,11 IC95%: 0,01-0,85; p 0,007) familia nuclear y familia funcional (RP 0,11 IC95%: 0,01-0,82; p 0,007).

Palabras Clave: adolescente, alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, tranquilizantes, migración y familia.

IV. Abstract.

Through a transverse analytical study that includes descriptive statistics and a bi-varied analysis, 203 school-age adolescents with an average age of 13.7 years (± 2.69) were evaluated, most of them were women (51.23%), mestizos (76, 35%) with rural residence (73.89%) and with a medium socioeconomic stratification (83.79%) of the Honorato Vásquez parish in 2018. 58.12% of adolescents consume some type of psychoactive substances, in the following way: 50.25% alcohol, 37.93% tobacco, 21.18% cannabis and 8.37% cocaine. Alcohol is associated with: belonging to a sports team (RP 1.73 IC 95%: 1.34-2.23, p 0.002), consumption in the family environment (PR 2.89 IC95%: 1.53-5.43; p 0.000), typical medium socioeconomic stratum (PR 1.36 IC95%: 1.04-1.78, p 0.043) and family dysfunctionality (PR 1.84 IC95%: 1.43-2.33, p 0.000). Tobacco with: consumption in the social environment (PR 3.78 IC95%: 2.31-6.18, p 0.000), migration of the father (PR 1.84 IC95%: 1.32-2.57, p 0.001) and single-parent family (RP 1.57 IC95%: 1.11-2.22, p 0.020). Cannabis with: consumption of illicit substances by pairs (RP 10.48 IC95%: 5.18-21.20, p 0.000) and perception of moderately functional family (RP 3.17 IC95%: 1.90-5.29; p 0.000). Cocaine with: migration of parents and siblings, (RP 8.98 95% CI: 4.03-20.01, p 0.000) and consumption in relatives (PR 14.28 IC95%: 8.62-23.67; 0.000). The protective factors are: religious social group, (RP 0.11 IC95%: 0.01-0.85, p0.007) nuclear family and functional family (RP 0.11 IC95%: 0.01-0.82; 0.007).

Keywords: adolescent, alcohol, tobacco, cannabis, cocaine, tranquilizers, migration and family.



Translated by
Ing. Paúl Arpi

VI. Índice

	Pag.
1. Introducción	6
2. Objetivos	15
3. Marco Teórico	16
4. Hipótesis.	19
5. Metodología:	19
6. Resultados:	25
6.1 Análisis descriptivo	25
6.2 Análisis inferencial	32
7. Discusión	45
8. Conclusiones	53
9. Recomendaciones	55
10. Bibliografía	56
11. Anexos	62

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS Y FACTORES ASOCIADOS. HONORATO VÁSQUEZ. 2018

1. Introducción.

1.1 Antecedentes: El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública que afecta a la población adolescente por presentar mayor vulnerabilidad (Medina-Mora, Real, Villatoro, & Natera, 2013), disminuye el autocontrol e incrementa las conductas de riesgo, como son: comportamientos peligrosos en las vías, accidentes de tránsito, relaciones sexuales sin protección, así como la violencia y muertes prematuras que pueden ser prevenibles (Organización Mundial de la Salud, 2017). En el Ecuador las muertes violentas y muchas de éstas en relación con accidentes en las vías y consumo de sustancias psicoactivas alcanzó a 8457 y 183 defunciones respectivamente, representando cerca del 14% del total de defunciones registradas en el 2013 (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2004) define a las sustancias psicoactivas como *“toda sustancia de origen natural o sintético, lícita o ilícita, que se introduce al organismo, sin prescripción médica, con la intención de alterar la percepción, la conciencia, el estado de ánimo y/o los procesos de pensamiento”* (World Health Organization, 2004).

Por otro lado, el consumo hace referencia a la utilización de una sustancia, sea ésta legal o ilegal, por lo menos una vez en la vida (Del Moral, Fernández, Ladero, & Lizasoain, 1998) y el abuso como la pérdida de control o compulsión para su uso (Organización Mundial de la Salud, 2011; World Health Organization & Division of Mental Health, s. f.). Hay factores predisponentes diferentes de una persona a otra, que pueden aumentar el consumo (Morello, 2017) y factores de protección que reduce la probabilidad del uso de sustancias psicoactivas en los adolescentes (López Villalba, Rodríguez García, & García Cantó, 2016; Mangrulkar, Whitman, & Posner, 2001).

Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años (Organización Mundial de la Salud, 2017). En la provincia de Cañar la población menor de 18 años representa el 46% de la población (Velasco, 2012).

La investigación en éste grupo social es de gran importancia, más aún, cuando se conoce que el inicio del consumo de las sustancias psicoactivas es a edades tempranas y es mayor en los jóvenes que en los adultos; reflejando un panorama mundial sombrío, al mostrar una progresión del consumo, si comparamos los reportes de hace una década, es decir, en el año 1998, se observó que la prevalencia del consumo de sustancias ilícitas alcanzó un 4,9% de la población mundial, dicha cifra se elevó en el 2014 a 5,2%; donde los consumidores de cannabis sumaron 183 millones, es decir el 3,8% de la población, catalogándola como la droga ilícita de consumo más frecuente en el mundo (UNODC, 2016).

Por otro lado, las sustancias lícitas reportan prevalencias mayores, como es el caso, del consumo actual de tabaco en adolescentes entre 13 y 15 años que, alcanza hasta un 23% para los hombres y un 25% para las mujeres, dato oficial no reportado aún en el Ecuador. El consumo de alcohol entre adultos de 15 o más años obtiene en el país valores altos, pues se reporta 7,2 litros de alcohol puro por persona y año (Organización Mundial de la Salud, 2014); y es preocupante que dicho consumo se realice en un 71,5% durante las fiestas de familiares o de amigos, demostrando una habituación al mismo (Dirección Nacional del Observatorio de Drogas & Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, 2014).

Por lo tanto, se torna necesario la investigación en estos contextos, al conocer la importancia de los patrones repetitivos en personas en formación como son los adolescentes, para determinar la existencia de correlación entre factores familiares, individuales, sociales y ambientales con el consumo de los y las estudiantes adolescentes así como el riesgo con cada una de las sustancias psicoactivas (Landeró Hernández & Villarreal, 2007).

Con el interés por abordar a los adolescentes como foco de indagación, el presente estudio analítico transversal, busca caracterizar de acuerdo a factores sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad, residencia y etnia a los estudiantes adolescentes de la parroquia Honorato Vásquez de la provincia de Cañar, matriculados en el año lectivo 2017 – 2018 en los establecimientos educativos del sector, para tener un acercamiento a dicha población, a su vez establecer la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas licitas como son el alcohol y tabaco, así como de sustancias ilícitas como son: cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias psicoactivas.

Con la prevalencia del consumo de los diferentes psicoactivos se establece los factores que se asocian como son: migración familiar, tipología familiar, percepción de la funcionalidad familiar por el o la adolescente, consumo de psicoactivos en el entorno social, consumo de psicoactivos en el entorno familiar, asociación a grupos sociales y nivel socioeconómico. Pues hay ciertos factores que pueden dar lugar al uso de sustancias psicoactivas; estos son los factores que los expertos denominan factores de riesgo; al mismo tiempo, hay algunos otros factores que impiden a ciertas personas usar dichas sustancias, y éstos se denominan factores de protección. Si los factores de riesgo en la vida de una persona superan a los factores de protección, es muy probable que la persona comience a hacer uso indebido de sustancias psicoactivas tanto ilícitas como lícitas (Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito & Viena, 2012), siendo el propósito determinar los factores de riesgo y/o protectores para encaminar los programas de prevención y promoción de la salud de una manera efectiva.

1.2. Planteamiento del problema:

En 2009, 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18% de la población mundial, cifra que ha aumentado más del doble a partir de 1950; además se dice que el 88% es decir, 1 de cada 6 adolescentes viven en países en vías de desarrollo (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011).

Muchos factores atentan contra la supervivencia y la salud de los adolescentes; por ejemplo, los accidentes, el sida, el embarazo precoz, el aborto en condiciones de riesgo, los comportamientos como fumar, beber alcohol, consumir drogas, los trastornos mentales y la violencia (Peden, UNICEF, & World Health Organization, 2008).

En el 2004 casi 1 millón de adolescentes menores de 18 años murieron, a causa de algún traumatismo. Los accidentes son la primera causa de mortalidad entre los adolescentes, cuyas tasas más altas corresponden a los países de bajos y medianos ingresos. Se asegura que casi 400.000 personas de personas entre los 10 a 19 años de edad pierden la vida todos los años y la mayoría de estas muertes se asocian con accidentes de tránsito, donde los adolescentes varones son más propensos que las mujeres a sufrir dichos traumatismos y a morir por esta causa, al igual que por la violencia originada en encuentros fortuitos o en conflictos. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2011)

En parte, los traumatismos se originan debido a la propensión a tomar riesgos, una característica de la adolescencia que se relaciona con la necesidad psicológica de explorar los límites. Y esta necesidad es un aspecto del desarrollo de la identidad individual (Viejo & Ortega-Ruiz, 2017). Esta disposición a asumir riesgos lleva a muchos adolescentes a experimentar con el tabaco, el alcohol y otras sustancias psicoactivas, sin comprender íntegramente el daño que pueden ocasionar a su salud o las repercusiones a largo plazo.

Así, un informe sobre la pobreza infantil en los países pertenecientes a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) en 2007, mostró que la adicción más común es fumar, un hábito que casi siempre se adquiere en la adolescencia; estimándose que la mitad de los 150 millones de adolescentes que siguen fumando morirán por causas relacionadas con el consumo de tabaco y los adolescentes que fuman tienen tres veces más probabilidades de consumir alcohol regularmente y ocho veces más probabilidades de usar cannabis (Peden et al., 2008).

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 2010, un total de 2'958.879 personas son adolescentes, es decir el 20,5% del total de la población ecuatoriana, de los cuáles, tienen de 10 a 14 años (adolescentes tempranos) el 10,6% y de 15 a 19 años (adolescentes tardíos) el 9,8%; el 49% son mujeres y 51% hombres; el 60,6% reside en áreas urbanas y 39,4% en áreas rurales. (Censos, s. f.; Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud, Pública, & Ministerio de Salud Pública, 2014).

En Ecuador en el 2013 la mortalidad de personas de 12 a 14 años llegó a 386, y de adolescentes tardíos, es decir de 15 a 19 años llegó a 1.208 defunciones, de los cuáles 799 fueron hombres y 409 mujeres, es decir en una relación de 2 a 1; proporción que se mantiene en la provincia de Cañar donde se registra total de 82 y 42 defunciones en hombres y mujeres jóvenes respectivamente, de 14 a 49 años, representando el 11,45% de un total de 1083 defunciones. Las defunciones en relación a trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en nuestro país alcanzó un total de 183 casos registrados, de los cuáles 13 se suscitaron en Cañar, reflejando que el 1,2% del total de defunciones; si a éste fenómeno le sumamos las 157 defunciones por causas traumáticas y/o violentas se aproxima al 16% del total de mortalidad de la provincia de Cañar (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2013).

Por lo tanto, se puede decir que la conducta o actuar de los y las adolescentes van en torno a tres variables principales como son: la sexualidad, la violencia y las sustancias psicoactivas (Caicedo-Fonseca et al., 2012). Por lo tanto, el consumo de sustancias psicoactivas es un problema en la salud de la sociedad en general, porque las personas consumidoras pueden convertirse en un grupo de riesgo no solo para sí mismos, sino a través, del aumento de conductas peligrosas en relación directa a dicho consumo, afectar a los individuos, familias y comunidad en general. Las principales conductas de riesgo en relación a la actividad sexual de riesgo, contagiarse y contagiar enfermedades de transmisión sexual a otros subgrupos, aumentar los actos violentos así como los accidentes de tránsito y las muertes prevenibles en personas jóvenes (UNODC, 2016).

Reflejando a nivel mundial una creciente preocupación por el incremento constante del consumo de sustancias psicoactivas tanto lícitas e ilícitas entre personas jóvenes, pues, se calcula que 1 de cada 20, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en el año 2014 y el número de muertes inaceptables y evitables relacionadas con las sustancias psicoactivas en el mismo año se calculó en 207.400 muertes (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Además la carga de morbilidad relacionada al factor predictivo del consumo de tabaco fumado y la dependencia; cirrosis hepática, cáncer y traumatismos en relación al consumo nocivo de alcohol que por lo general inicia en la adolescencia (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Es así que en el Ecuador el 52% de las mujeres y el 61% de los hombres consumieron bebidas alcohólicas por lo menos una vez en su vida, el 33,2% de los estudiantes de 12 a 17 años consumen alcohol de los cuáles el 20,56% presenta un uso ocasional; la prevalencia de vida del consumo de cigarrillos es de 32,3% el 10% se encuentra entre los 12 a los 17 años y el 42% entre 18 a 26 años, el 5,24 de estudiantes adolescentes presenta un uso ocasional de tabaco; el 2,9% y 2,2% de los estudiantes adolescentes usan sin receta médica tranquilizantes y estimulantes respectivamente; por otro lado el 3,34% de los estudiantes presenta un uso de inhalantes de los cuáles el 1,79% presenta un uso experimental; la prevalencia del consumo de cannabis es de 5,8% en los estudiantes de 12 a 17 años y el 2,30% presenta un uso experimental (Dirección Nacional del Observatorio de Drogas & Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, 2014).

En España en un estudio realizado a 2.126 alumnos determinaron como los factores predictores del uso de sustancias psicoactivas ilícitas, la reacción de los familiares ante dicho consumo, grupo de amigos, acceso a las sustancias psicoactivas, situaciones de riesgo de la familia, educación familiar en consumo de psicoactivos y estilo educativo (Carballo, García, & Secades, 2004).

En Estados Unidos la edad de inicio para consumo de alcohol en el 2005 fue a los 12 años y la marihuana era la sustancia psicoactiva más consumida; cerca del 50% de los estudiantes de secundaria afirmaron consumirla desde los 15 años como edad promedio (van den Bree & Pickworth, 2005).

Datos alarmantes tanto nacional como mundialmente, pero a pesar de la importancia se desconoce aún la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de la provincia de Cañar y más aún en la parroquia Honorato Vásquez, así como la edad de inicio de dicho consumo o los factores que se asocian a éste. Conociendo por lo tanto, que existen desigualdades sociales, como por ejemplo, condición socioeconómica, residencia, etnia, escolaridad y migración; así como las diferencias en la relación con la familia, ya sea por tipo de familia o la percepción de la funcionalidad; también la realización o no de actividad física, ocio y entretenimiento saludable y la relación con el entorno social, mediante sensación de pertenencia o contacto con consumo de psicoactivos en pares. Fenómenos que puede estar o no en relación con un mayor o menor riesgo de consumo de psicoactivos y por lo tanto con las consecuencias que éstas sustancias acarrea para el individuo y la sociedad en general.

1.3 Pregunta: ¿Cuál es la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados y los factores asociados, en la parroquia Honorato Vásquez en el año 2018?

1.4. Justificación.

En el mundo existe 1.200 millones de personas que tienen entre 10 y 19 años, y están bajo el amparo de la Declaración del Milenio, el pacto mundial sin precedentes que, desde el año 2000, que se ha propuesto construir un mundo mejor para todos. Mediante el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Sin embargo, hacer efectivos los derechos de los adolescentes y promover su desarrollo exige una comprensión profunda de sus circunstancias actuales a los que se enfrentan. Pues en este período, se profundiza la construcción de: proyectos de vida, identidad, autonomía, sexualidad y vocación. Así como se incrementan los riesgos de salud que perjudican el futuro inmediato y el de la edad adulta, tanto individual como el de las personas que los rodean. (Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud et al., 2014).

La Organización Mundial de la Salud (2017) refiere que en la adultez el 70% de las muertes prematuras se deben a conductas iniciadas en la adolescencia y que es éste periodo el ideal para realizar acciones preventivas con la posibilidad de generar cambios sostenidos en el tiempo.

Son motivo de una creciente preocupación en el ámbito de la salud pública, los traumatismos que sufren los adolescentes, pues constituyen la principal causa de muerte entre los adolescentes de 10 a 19 años, y muchos de éstos en relación al consumo de sustancias psicoactivas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2011).

En la provincia de Cañar la población menor de 18 años representa el 46% del total, un grupo mayoritario que a su vez ha sido afectado por una desintegración familiar, pues los grupos de edad escolar y adolescencia en hogares con emigrantes alcanza un 37% (Velasco, 2012) y que ha sido poco investigada, pues no se conocen datos referentes a la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes así como tampoco de los factores asociados a dicho consumo, a pesar que se sabe que el consumo de dichas sustancias por lo general inicia durante la adolescencia. Además se debe generalizar las pruebas de detección de consumo de psicoactivos en usuarios jóvenes como parte de la Historia Clínica integral de adolescencia que se recomienda en el Ecuador (Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud et al., 2014).

Por lo tanto, debido a las importantes repercusiones tanto a nivel individual como colectivo que presenta este problema de salud pública, especialmente en los adolescentes, se deben analizar los factores que influyen en el consumo con el fin de considerarlos en el diseño de programas de

prevención y, reducir así, las tasas de prevalencia. Entre estos factores, las variables familiares deben recibir una especial atención ya que, el contexto familiar es el principal núcleo de socialización en la transmisión de valores, actitudes y creencias que influyen considerablemente en el funcionamiento y adaptación de los hijos a la sociedad (Becoña Iglesias, España, & Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002; Fernández Hermida & Secades Villa, 2002).

Con el presente estudio se busca caracterizar los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas, en una población vulnerable, como son los y las adolescentes, para contar con información actualizada de utilidad en el desarrollo de políticas públicas que mejoren las estrategias de prevención y promoción, así como la intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación e integración social que lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública a nivel intersectorial, optimizando de ésta manera los recursos sanitarios que fomentan los factores psicosociales protectores desde una perspectiva salutogénica; para inhibir otros comportamientos de riesgo que favorezcan a los propios consumidores de sustancias psicoactivas como a la sociedad en general; permitiendo finalmente la realización de futuras investigaciones de carácter analítico, experimental o de intervención.(Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud et al., 2014; Velasco, 2012).

2. Objetivos

2.1 Objetivo general:

Establecer la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados y los factores asociados en la parroquia Honorato Vásquez durante el año 2018.

2.2 Objetivos específicos:

1. Caracterizar a la población estudiada, de acuerdo a variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, residencia y etnia.
2. Determinar la prevalencia de consumo de cada una de las sustancias psicoactivas lícitas (alcohol y tabaco) o ilícitas (cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas) en adolescentes escolarizados.
3. Establecer la prevalencia de factores asociados: migración familiar, tipología familiar, percepción de la funcionalidad familiar por el o la adolescente, consumo de psicoactivos en el entorno social, consumo de psicoactivos en el entorno familiar, asociación a grupos sociales y nivel socioeconómico.
4. Relacionar entre consumo de sustancia psicoactivas en los adolescentes escolarizados y cada uno de los factores asociados.

3. Marco teórico

Las personas de 10 a 19 años son consideradas adolescentes, por los múltiples cambios que sufren tanto biológicos (desarrollo, caracteres sexuales secundarios y capacidad de reproducción), psicológicos (incremento de la capacidad de pensamiento abstracto) y sociales (la necesidad de pertenencia grupal) (Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud et al., 2014).

El desarrollo puberal, los cambios morfológicos y funcionales que ocurren sobre todo a nivel cerebral y la intensificación de las interacciones sociales; pueden predisponer las conductas de riesgo en la etapa de la adolescencia así como favorecer la creación de un proyecto de vida (Viejo & Ortega-Ruiz, 2017).

La adolescencia temprana es el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan los cambios físicos como: aceleración del crecimiento, desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias; también desarrollo eléctrico y fisiológico cerebral, donde el número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, dicha reorganización neuronal sostiene repercusiones a nivel emocional, mental y físico. La adolescencia tardía comprendida desde los 15 a los 19 años, periodo donde ya se han producido la mayoría de cambios físicos, aunque sin detener aún el desarrollo corporal, así como cerebral, pues aumenta en ésta etapa la reorganización neuronal y por tanto, la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo, a pesar de que, las opiniones de los pares tienden a ser más importantes. Por otro lado, se observan acciones en relación a la temeridad, entre éstas se destaca el consumo de sustancias psicoactivas, es así que se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. No obstante a pesar de estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas; durante la cual las personas establecen su propia identidad, cosmovisión y comienzan a actuar activamente en la sociedad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2011; Viejo & Ortega-Ruiz, 2017).

Una sustancia psicoactiva es toda sustancia que cumple con los siguientes requisitos: a) es administrada por algún tipo de vía de forma voluntaria; a través de su consumo se pretende conseguir cambios físicos y psicológicos; b) el continuo efecto refuerza los cambios psicológicos y puede provocar una situación de necesidad hasta llegar a una dependencia y c) el propio consumidor y la sociedad en general reconocen éstos efectos (Diez, 1999). Esta descripción abarca al tabaco, el alcohol así como a otras sustancias psicoactivas tanto naturales como artificiales; las primeras provenientes de las plantas, como la cocaína, la heroína y el cannabis; y las segundas sintetizadas a partir de productos químicos, muy popular actualmente como son; los derivados anfetamínicos, opioides, Éxtasis, LSD, etc (Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito & Viena, 2012).

Es a temprana edad en la que se producen los primeros consumos de sustancias psicoactivas, pues el adolescente se socializa bajo la influencia de cuatro principales agentes: la familia, los amigos, la escuela y los medios de comunicación (Irlles, Sánchez, Perona, & Burkhart, 2013).

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas es mayor en los jóvenes que en los adultos; los hombres tienen una probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres, y estas tienden más que los hombres a consumir opioides y tranquilizantes; se afirma también que, los grupos de mayor nivel socioeconómico son más propensos a iniciarse en el consumo de drogas que los grupos de menor nivel socioeconómico, pero que los estratos socioeconómicos bajos son más propensos a las dependencias o consumos problemáticos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Así como la relación con las variables familiares como la estructura familiar, la cohesión familiar, la percepción de la calidad de las relaciones paterno-filiares, el consumo de los padres, entre otras; ampliamente estudiadas e identificadas como factores de prevención o de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas en las investigaciones europeas y sobretodo de España, pero que, carece de

trascendencia investigativa aún en Latinoamérica; lugar con diferentes características sociales, demográficas y familiares; pues incluye el factor migración que nos diferencia (Becoña Iglesias et al., 2002; Fuentes, Alarcón, García, & Gracia, 2015; Landero Hernández & Villarreal, 2007).

Por otro lado, también se puede predecir el consumo de sustancias psicoactivas, como por ejemplo la mayor frecuencia del consumo de cannabis se relaciona con una también mayor frecuencia de consumo de tabaco, de alcohol, el fácil acceso y un grupo de pares que también son consumidores (Varela & Iglesias, 2015), mientras que vivir con los dos padres, tener una buena relación con ellos, el apoyo y la implicación parental y un adecuado funcionamiento familiar son factores relacionados con una menor probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas, según datos españoles (Alfonso & Huedo-Medina, s. f.).

A nivel mundial en el año 2014 se estimó que 1 de cada 20 personas consumieron alguna sustancia psicoactiva, es decir, alrededor de 250 millones de personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años (Organización Mundial de la Salud, 2017). En el mismo año 18,8 millones de personas consumieron cocaína es decir el 0,4% de la población de 15 a 64 años de edad; y 12 millones de personas que se inyectan drogas, de los que, el 1,6 millones viven con el VIH y 6 millones viven con la hepatitis C. Además se reporta que el número de muertes inaceptables y evitables relacionadas con las sustancias psicoactivas se calculó en 207.400 muertes (UNODC, 2016).

En Colombia en el 2011 según un estudio realizado por su gobierno de turno a 92.929 estudiantes con un rango de edad entre 11 y 18 años, reportó que el 24,3% consumieron tabaco alguna vez en la vida, mayormente los hombres, en aumento de acuerdo al grado de escolaridad; el 40% consumieron algún tipo de bebida alcohólica con cifras muy similares entre hombres y mujeres; el 12,1% consumieron alguna sustancia ilícita, mayormente Marihuana con un 7% y un 19% consumieron bebidas energizantes (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2011). En el mismo país, en el año 2007 la prevalencia vital de consumo de las sustancias psicoactivas ilegales fue estimada en un 13,7% (Martínez-Mantilla, Amaya-Naranjo, & Campillo, 2007).

4. Hipótesis

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de Honorato Vásquez, es superior a 40% del consumo de sustancias psicoactivas lícitas y al 12% del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas y está asociado a factores de riesgo individuales, familiares y sociales.

5. Metodología

5.1 Tipo de investigación y diseño general del estudio.

Estudio analítico de corte transversal, en la parroquia Honorato Vásquez perteneciente a la provincia de Cañar ubicada en a 3km de la cabecera cantonal de Cañar, entre las coordenadas geográficas: 2º 31´58´´ y 2º 39´10´´ de latitud Sur y 78º 46´30´´ de longitud Oeste, a una altura de 3.170 m.s.n.m. y con una superficie de 9.435,38 hectáreas.

Se diseñó el estudio mediante el empleo de la matriz de relación de variables que se incluye en el anexo 1.

5.2 Universo.

La población de estudio está constituida por el total de adolescentes escolarizados entre 10 a 19 años, matriculados en el período 2017 – 2018. En las 8 instituciones educativas pertenecientes a la localidad, un total de 403 adolescentes matriculados entre hombres y mujeres, (243 adolescentes en la Unidad Educativa San Rafael, 32 adolescentes en la establecimiento Miguel Ángel Andrade, 87 en el establecimiento Pablo Méndlez, 9 adolescentes en el establecimiento Catorce de Octubre, 14 adolescentes en Juan José Buñay, 12 adolescentes en Roberto María Valencia, 2 adolescentes en el establecimiento Veinteicinco de Junio y 3 adolescentes en Abdón Calderón).

5.3 Muestra.

Se realizó un muestreo probabilístico con selección aleatoria simple, en el programa Epidat con la siguiente fórmula y en base a las siguientes restricciones muestrales:

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

Tamaño de la población: 403 adolescentes de las unidades educativas de la parroquia Honorato Vásquez. Prevalencia: 40% (prevalencia más baja asociada a consumo de sustancias psicoactivas lícitas) y el 12% (asociado al consumo de sustancias ilícitas) (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2011).

Límites de confianza: 5%

Significancia: 95%, dando un total de 193 y 116 adolescentes según la prevalencia de 40% y 12% respectivamente, más el 10% por posibles pérdidas, añadido al valor más alto, da un total de 213 adolescentes necesarios.

5.4 Instrumentos:

Bajo la supervisión de la Organización Mundial de la Salud se desarrolló la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST por sus siglas en inglés) para ser utilizada en la esfera de la atención primaria de salud. Dicha prueba consiste en un cuestionario con ocho preguntas, culturalmente neutral, para detectar el consumo de varias sustancias psicoactivas como son: tabaco, alcohol, cannabis o marihuana, cocaína, inhalantes, estimulantes de tipo anfetamina, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), opiáceos, alucinógenos, inyectables y otras drogas. Las preguntas 1 y 2 son preguntas de tamizaje y determina las sustancias que se deberán contestar en las preguntas subsecuentes. La pregunta 3 detecta el consumo de sustancias psicoactivas de alto riesgo en los últimos 3 meses (según la pregunta 2). La pregunta 4 está dirigida a determinar si el consumo de las sustancias psicoactivas causan problemas al consumidor y con qué frecuencia causa dichos problemas en los últimos 3 meses. La pregunta 5 en cambio aborda los problemas para cumplir las

obligaciones de la vida diaria, debido al consumo de las sustancias antes señaladas (faltar a la escuela o colegio, perder el año, no cumplir con tareas escolares y/o retrasarse en sus trabajos, etc) en los últimos 3 meses. La pregunta 6 está destinada para consultar si otra persona ha expresado preocupación sobre el consumo. La pregunta 7 consulta la pérdida de control sobre el consumo, es decir indica dependencia. Y por último la pregunta 8 investiga el consumo de sustancias psicoactivas por vía parenteral, dicha respuesta positiva es considerada ya de riesgo alta por sí sola y no se suma a las puntuaciones finales.

La sumatoria de las respuestas de cada uno de los ítems de las preguntas de la 2 a la 7 nos da el riesgo de consumo para cada sustancia psicoactiva como son: riesgo bajo donde se incluyen a las personas que no han consumido ninguna sustancia psicoactiva o han probado alguna vez pero no son consumidores (puntuación <3 en todas las sustancias y <10 para alcohol); riesgo moderado, incluye a los consumidores con problemas de salud y de otro tipo, así como la probabilidad de dependencia (puntaje total de 4 a 26 para todas las sustancias y de 11 a 26 para alcohol); y un riesgo alto clasifica a los consumidores con problemas graves tanto en la salud, a nivel social, económicos, legal, etc y con probabilidad alta de dependencia (puntaje >27 para todas las sustancias) (Fathalla & Fathalla, 2008; Humeniuk & World Health Organization, 2010; Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2010).

Para la validación de la versión en español del ASSIST auto-aplicable se realizó en México un estudio no experimental, ex post facto con una muestra de 1.176 estudiantes. Se obtuvo la fiabilidad mediante la prueba de consistencia interna Alfa de Cronbach, obteniendo coeficientes de fiabilidad aceptables para las subescalas de tabaco (alfa = 0,83), alcohol (alfa = 0,76) y marihuana (alfa = 0,73); la sub-escala de alcohol obtuvo una correlación significativa con la puntuación total del AUDIT ($r = 0,71$). La prueba de sensibilidad y especificidad mostró que al usar una calificación de 8 como punto de corte en la sub-escala de alcohol se obtiene un mejor balance entre ambos indicadores (83,8% y 80%, respectivamente). Es decir que, la versión autoaplicable del ASSIST es un instrumento de tamizaje aceptable, válido y sensible para la identificación de casos de riesgo asociados al consumo de sustancias.(Sainz et al., 2016). También en Madrid se evaluó las facultades psicométricas y la efectividad de la versión española del ASSIST, determinando que dicha prueba es una herramienta útil

para la detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas con una validez de constructo con Cronbach que va desde .86 hasta .97 (Rubio Valladolid, Martínez-Raga, & Martínez-Gras, 2014).

La prueba de percepción de funcionalidad familiar (FF– SIL) se diseñó en el año 1994, para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, con una visión de fácil aplicación en la Atención Primaria de salud; evalúa siete procesos liados en las relaciones intrafamiliares como son: roles, comunicación, cohesión, armonía, afectividad, adaptabilidad y permeabilidad (Louro Bernal & Arés Muzio, 2012). Se compone por 14 ítems, redactados en forma positiva, además de una escala de tipo Likert con 5 opciones como alternativas de respuesta. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca vale 1, pocas veces vale 2, a veces vale 3, muchas veces vale 4 y casi siempre vale 5. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de percepción de funcionamiento familiar. En su validación de la confiabilidad en Cuba dio como resultado un valor de 0,93, el análisis de la consistencia interna es elevado ($\alpha = 0,85$), lo que habla a favor de una homogeneidad intra-ítems con independencia del carácter multidimensional del instrumento (Gallo, Vissupe, & Morales, 2016).

5.5 Criterios de inclusión:

Todos los adolescentes de 10 años cumplidos hasta los 18 años 11 meses de edad, que estén matriculados y asistan en las unidades educativas de la parroquia Honorato Vásquez con el asentimiento del adolescente y que un representante legal firme el consentimiento informado.

5.6 Criterios de exclusión: Presencia de otra patología psiquiátrica que límite la capacidad mental y funciones cognitivas.

5.7 Recolección de datos.

Para la recolección de los datos se empleó un cuestionario diseñado por el propio autor de la investigación, en el que se incluyeron todas las variables del estudio (anexo 2), además los test fueron debidamente validados con un Plan Piloto mediante un estudio analítico transversal, donde se evaluó

a 18 adolescentes del colegio Justiniano Crespo Verdugo, ubicado en el cantón Cañar a 6 km de la parroquia Honorato Vásquez con la aplicación de los siguientes instrumentos: Detección del patrón de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), Test FF-SIL, la Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico (INEC), el Formulario de recolección de datos y la entrevista estructurada. Dichos instrumentos fueron modificados en el transcurso de su aplicación conforme se detectaron imperfecciones. Los datos se tabularon por medio del software SPSS Statistics 22. Se calculó la precisión estadística mediante el test de Chi-cuadrado y se consideró diferencia estadísticamente positiva si el valor de p es menor a 0,05.

5.8 Análisis de datos.

Al terminar la recolección de los datos se realizó la codificación de los mismos para ser ingresados en una base de datos en el programa SPSS versión 22, en el cual se efectuó el procesamiento, la tabulación y el análisis. Para ello, de las variables cuantitativas tales como edad y año de estudio se obtuvieron medias, desviaciones estándares, valores máximos y mínimos. De las variables cualitativas tales como sexo, procedencia, migración familiar, pertenencia a grupos sociales, estructura familiar, percepción de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas en el entorno social y entorno familiar se obtuvieron números y porcentajes.

Para determinar la prevalencia de consumo se tomó como numerador al total de adolescentes que presentaron un consumo de riesgo, es decir moderado o alto, excluyendo a las personas con riesgo bajo, porque según la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) considera como riesgo bajo a todas las personas que no han consumido sustancias psicoactivas o han probado alguna vez en su vida, pero no son consumidores, de cada una de las sustancias psicoactivas tanto lícitas (alcohol y tabaco) e ilícitas (cannabis, cocaína, inhalantes, tranquilizantes y otras) excluyendo a las siguientes sustancias psicoactivas: estimulantes de tipo anfetamina, alucinógenos, opiáceos e inyectables por no encontrar ningún dato positivo en la recolección de la información.; y como denominador al total de adolescentes incluidos en el estudio.

Para ver asociación: las variables se dicotomizaron en función de consumo o no consumo de cada una de las sustancias psicoactivas y cada una de las variables estudiadas tales como: sexo, escolaridad, edad, residencia, migración familiar, estructura familiar, percepción de la funcionalidad familiar, consumo de psicoactivos en el entorno familiar, consumo de psicoactivos en el entorno social, pertenencia a grupos sociales y condición socioeconómica. Información que se utilizó en la construcción de tablas tetracóricas para la presentación de la información.

A demás se calculó la Razón de prevalencia: $a/a+b/c/c+d$ para determinar la fuerza de asociación, y se consideró asociación positiva valores mayores a 1, negativos los valores menores a 1 y sin asociación con valores de 1; se obtuvo los Intervalos de confianza al 95% para determinar la certidumbre de dichas razones de prevalencia y finalmente la precisión estadística mediante el test de Chi-cuadrado, considerándose valores de p menores a 0,05.

Por último se realizó un análisis bi-variado entre la variable dependiente: consumo de sustancias psicoactivas lícitas como: tabaco, alcohol e ilícitas como: cannabis, cocaína, (principales sustancias psicoactivas encontradas en la recolección datos y procesamiento de la información) con los factores asociados.

5.9. Criterios para garantizar aspectos éticos:

Los participantes pudieron retirarse en forma voluntaria en cualquier momento de la investigación.

Se empleó un consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, previa información sobre aspectos de confidencialidad de los datos para mejorar la credibilidad de las respuestas.

6. Resultados:

A continuación se presentan los resultados de la investigación en la que participaron 203 adolescentes escolarizados de la parroquia Honorato Vásquez.

6.1 Análisis descriptivo:

La Tabla N° 1 caracteriza a la población estudiada, de acuerdo a variables sociodemográficas. La edad presenta una media de 13,7 años ($\pm 2,69$), la edad que más se repitió fue los 16 años (anexo 11), y en su mayoría fueron adolescentes tempranos (55,17%), mujeres (51,23%), mestizos (76,35%), con residencia rural (73,89%), con estrato socioeconómico medio (80,79%). Por otro lado, según la escolaridad se incluyeron a todos los niveles de instrucción entre quinto de educación general básica media y tercero de bachillerato. Se puede observar la educación general básica superior, es decir octavo, noveno y décimo curso con leve mayoría (36,45%).

En la Tabla N°2 se describe la prevalencia del consumo de las sustancias psicoactivas. Se observa que el 50,25% de los adolescentes consumen alcohol, de los cuáles el 40,39% tienen un consumo moderado y el 9,85% un consumo alto. En cuanto al tabaco se observa que el 37,93% lo consumen, el 28,08% con un consumo moderado y el 9,85% con un consumo alto. En cuanto al consumo de las sustancias psicoactivas ilícitas se observa mayoritariamente al cannabis con un 21,18%, siendo el 16,26% con consumo moderado y el 4,93% consumo alto; seguido de cocaína con un 8,37%, tranquilizantes 7%, inhalantes 7% y por último otras sustancias con un 2,96%.

Tabla N° 1.

Caracterización sociodemográfica de adolescentes escolarizados.

Honorato Vásquez. 2018

		n=203	%=100
Edad*	< 15 años	112	55,17
	15 o más años	91	44,83
Sexo	Hombre	99	48,77
	Mujer	104	51,23
Etnia	Mestizo	155	76,35
	Indígena	47	23,15
	Blanco	1	0,49
Residencia	Urbano	53	26,11
	Rural	150	73,89
Nivel Socio Económico**	Medio Alto	19	9,36
	Medio Típico	58	28,57
	Medio Bajo	106	52,22
	Bajo	20	9,85
Escolaridad***	EGB media	66	32,51
	EGB superior	74	36,45
	Bachillerato	63	31,03

*Media = 13,70 años ($\pm 2,69$). Adolescente temprano= < 15; adolescente tardío = 15 años o más según la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud, Pública. 2014

** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

*** EGB: educación general básica. Ministerio de Educación, Pública. 2016

Elaborado por: el autor

Fuente: Base de datos.

Tabla N° 2.

Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas por adolescentes escolarizados de Honorato Vásquez. 2018

Consumo de sustancias psicoactivas*.		n=203	%=100
Tabaco	Bajo	126	62,07
	Moderado	57	28,08
	Alto	20	9,85
Alcohol	Bajo	101	49,75
	Moderado	82	40,39
	Alto	20	9,85
Cannabis	Bajo	160	78,82
	Moderado	33	16,26
	Alto	10	4,93
Cocaína	Bajo	186	91,63
	Moderado	11	5,42
	Alto	6	2,96
Inhalantes	Bajo	188	92,61
	Moderado	13	6,40
	Alto	2	0,99
Tranquilizantes	Bajo	187	92,12
	Moderado	11	5,42
	Alto	5	2,46
Otros	Bajo	197	97,04
	Moderado	6	2,96

* Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Elaborado por: el autor

Fuente: Base de datos.

La Tabla N° 3 establece la prevalencia de los factores asociados. Se observa que el 90,64% de adolescentes escolarizados presentan algún miembro de la familia en condición de migrante, existiendo mayormente la migración de otros familiares con un 32,02%, migración del padre con un 23,65%, y de ambos padres (padre y madre) con un 13,30%.

En cuanto a la pertenencia a grupos sociales, se observa que el 21,67% no pertenece a ningún grupo social y del 78,23% de adolescentes escolarizados que si pertenecen algún grupo social, el 33,50% asisten a un grupo religioso, el 14,29% pertenecen a dos grupos sociales, religioso y música o baile y el 12,32% que pertenece a un equipo deportivo, preferentemente de fútbol.

En cuanto al consumo de psicoactivos en el entorno social, se observa que el 55,17%, 52,22% y 31,53% de los pares (amigos) consumen alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ilícitas respectivamente; siendo el cannabis (marihuana) mayormente consumida en un 21% (Gráfico N° 1). En cuanto al consumo de psicoactivos en el entorno familiar, se observa que el 80,30%, 68,97% y 14,78% de las familias presentan un consumo de alcohol, tabaco y drogas respectivamente.

En la Tabla N° 4 se observa que las familias según su estructura, son de tipo nuclear íntegro en un 35%; seguida de un 31% de tipo extensa y un 27% de tipo monoparental. Por otro lado, se observa que el 41% de los y las adolescentes perciben a sus familias como disfuncionales, seguidas de las familias moderadamente funcionales con un 40% y por último las familias severamente disfuncionales y funcionales con un 12% y 6% respectivamente.

Tabla N° 3. Prevalencia de los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas por adolescentes escolarizados. Honorato Vásquez. 2018

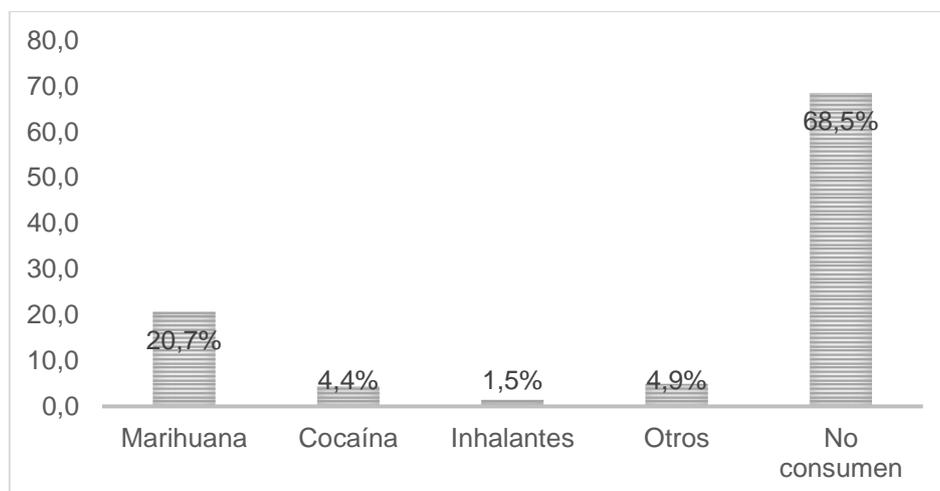
			n=203	%=100
		Otros*	65	32,02
Migración	Padre		48	23,65
	Padre/madre		27	13,30
	Hermanos		25	12,32
	Padre/madre/hermanos		9	4,43
	Familia nuclear y otros familiares		8	3,95
	Madre		2	0,99
	Ninguno		19	9,36
	Grupo social	Grupo religioso		68
Grupo religioso y música/baile			29	14,29
Equipo deportivo			25	12,32
Equipo deportivo y grupo religioso			19	9,36
Grupo de música o baile			13	6,40
Equipo deportivo y música/baile			5	2,46
Ninguno			44	21,67
Entorno social	Alcohol	Si	112	55,17
		No	91	44,83
	Tabaco	Si	106	52,22
		No	97	47,78
	Psicoactivos ilícitos	Si	64	31,53
		No	139	68,47
Entorno familiar	Alcohol	Si	163	80,30
		No	40	19,70
	Tabaco	Si	140	68,97
		No	63	31,03
	Psicoactivos ilícitos	Si	30	14,78
		No	173	85,22

*Otros familiares incluyen familiares de segundo y tercer grado de consanguinidad.

Elaborado por: el autor

Fuente: Base de datos.

Gráfico N° 1. Consumo de sustancias psicoactivas ilícitas por los pares (amigos) de adolescentes escolarizados. Honorato Vásquez. 2018



Elaborado por: el autor. **Fuente:** Base de datos.

Tabla N° 4

Prevalencia de factores asociados, estructura y funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados de Honorato Vásquez. 2018

		n=203	%=100
Tipo de familia	Nuclear íntegra	70	34,48
	Extensa	62	30,54
	Monoparental	54	26,60
	Ampliada	13	6,40
	Reconstituida	4	1,97
Percepción de la funcionalidad familiar*	Disfuncional	83	40,89
	Moderadamente funcional	82	40,39
	Severamente disfuncional	25	12,32
	Funcional	13	6,40

* Prueba de percepción de funcionalidad familiar (FF- SIL) se diseñó en 1994

Elaborado por: el autor **Fuente:** Base de datos

6.2 Análisis inferencial:

En las siguientes Tablas (5-9) se pretende relacionar el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados y cada uno de los factores asociados.

En la Tabla N° 5, se relaciona el consumo de sustancia psicoactivas en los adolescentes escolarizados y cada uno de los factores sociodemográficos asociados. Se observa que, el 58,12% de adolescentes han consumido sustancias psicoactivas, de los cuáles el 31,03% son adolescentes tardíos (15 a 19 años) y el 27,09 % adolescentes tempranos (10 a menos de 15 años). A demás se observa que existe relación estadística positiva con la edad. ($p=0,004$). En relación al sexo, el 33% de consumidores son hombres y el 25.12% mujeres; presentando una relación estadísticamente significativa. ($p=0,007$). En relación a la etnia no se encontró una relación estadística positiva ($p=0,353$), el 45,8% y 12,32% de consumidores son de etnia mestiza e indígena respectivamente. En relación a la residencia se observó que el 39,41% de los consumidores residen en la zona rural, siendo estadísticamente significativo ($p=0,020$).

Con relación al estrato socioeconómico se observa que los y las adolescentes consumidores de psicoactivos pertenecen en un 30,05% al estrato medio bajo, seguido de 19,21% de medio típico, un 5.91% de estrato bajo y por último con un 2,96% del medio alto; datos que no reportan asociación estadística. ($p=0,057$). Por último con relación a la escolaridad se observa que la mayor parte de los consumidores pertenecen al bachillerato con un 20,20%, seguidos de un 13,30% que pertenecen al grupo de educación general básica superior y por último con un 6,40% a educación general básica media; encontrando una asociación estadística significativa entre escolaridad y consumo de sustancias psicoactivas ($p: 0,000$).

Tabla N° 5 Características sociodemográficas y la relación con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados. Honorato Vásquez. 2018.

		Consumo de sustancias psicoactivas		
		Si	No	P
		n=118 (%58,12)	n=85 (%41,88)	
Edad*	< 15	55 (27,09)	57 (28,08)	0,004
	15 años o más	63 (31,03)	28 (13,79)	
Sexo	Hombre	67 (33,00)	32 (15,76)	0,007
	Mujer	51 (25,12)	53 (26,11)	
Etnia	Mestizo	93 (45,8)	62 (30,54)	0,353
	Indígena	25 (12,32)	22 (10,84)	
Residencia	Blanco	0 (0,00)	1 (0,49)	0,020
	Urbano	38 (18,72)	15 (7,39)	
	Rural	80 (39,41)	70 (34,48)	
Grupos Socio-económicos**	Medio Alto	6 (2,96)	13 (6,40)	0,057
	Medio Típico	39 (19,21)	19 (9,39)	
	Medio Bajo	61 (30,05)	45 (22,17)	
Escolaridad***	Bajo	12 (5,91)	8 (3,94)	0,000
	EGB media	27 (13,30)	39 (19,21)	
	EGB superior	41 (20,20)	33 (16,26)	
	Bachillerato	50 (24,63)	13 (6,40)	

*Media = 13.70 años (± 2.69). Adolescente temprano= ≤ 15 ; adolescente tardío = 15 años o más según la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud, Pública. 2014.

** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

*** EGB: educación general básica. Ministerio de Educación, Pública. 2016.

Elaborado por: el autor.

Fuente: Base de datos.

En las Tablas 6, 7, 8 y 9 se realiza un análisis bi-variado del consumo de sustancias psicoactivas lícitas como: tabaco, alcohol e ilícitas como: cannabis, cocaína, (principales sustancias psicoactivas encontradas en el procesamiento de la información) respectivamente, con los diferentes factores asociados con relevancia estadística.

En la Tabla N°6 se observa que, 77 adolescentes es decir, el 37,9% son consumidores de tabaco (alto y moderado); de los cuáles el 13,79% tienen migración del padre, factor que aumentó en 1,84 veces más el riesgo y cuyos valores no se debieron al azar (RP 1,84 IC95%: 1,32-2,57; p 0,001)

El 55,67% de adolescentes que no consumen tabaco pertenecen a un grupo social, observando que, específicamente el pertenecer a un grupo social religioso constituye un factor protector (RP 0,36 IC95%: 0,21-0,63; p 0,000), situación contraria que se observa en la pertenencia a un equipo deportivo, pues favorece al consumo de tabaco en 2,84 veces más, (RP: 2,84 IC95%: 2,18-3,70; p 0,000)

El consumo de tabaco en el entorno social (amigos que fuman) aumenta en 3,78 veces más el riesgo de consumir tabaco, (RP 3,78 IC95%: 2,31-6,18; p 0,000) que se presenta en el 30.54% de fumadores. En cambio el consumo de tabaco en el entorno familiar se presentó en el 28.08% de fumadores y no representó asociación estadística ($p=0,274$); sin embargo el consumo de sustancias ilícitas dentro de la familia si representó un riesgo para el consumo de tabaco (RP 2,30 IC95%: 1,69-3,13; p 0,000).

El estrato socioeconómico bajo es un factor de riesgo para consumo de tabaco con asociación estadística significativa (RP 2,30 IC95%: 1,69-3,13; p 0,000).

En cuanto al tipo de familia según la estructura se observa que la familia monoparental constituye un factor de riesgo para el consumo de tabaco con asociación estadística (RP 1,57 IC95%: 1,11-2,22;

p 0,020) situación opuesta que se observa en las familias nucleares, que constituyen un factor protector significativo (RP 0,57 IC95%: 0,37-0,90; p 0,009).

La percepción de pertenecer a una familia severamente disfuncional aumenta en 2,64 veces el riesgo de consumir tabaco, (RP: 2,64 IC95%:2,00 – 3,47) factor con asociación estadística positiva (0.000) y por lo contrario la percepción de familia funcional constituye un factor protector para dicho consumo (RP 0,57 IC95%: 0,37-0,90; p 0,009).

**Tabla N° 6. Consumo de tabaco por adolescentes escolarizados y sus factores asociados.
Honorato Vásquez. 2018.**

		Consumo alto y moderado de tabaco*		RP	IC 95%	P
		Si n=77 (%37,9)	No n=126 (%62,1)			
Migración del padre	Si	28 (13,79)	20 (9,85)	1,84	1,32 - 2,57	0,001
	No	49 (24,14)	106 (52,22)			
Pertenece algún grupo social.	Si	46 (22,66)	113 (55,67)	0,41	0,30 - 0,55	0,000
	No	31 (15,27)	13 (6,40)			
Pertenece a un equipo deportivo.	Si	22 (10,84)	3 (1,48)	2,84	2,18 - 3,70	0,000
	No	55 (27,09)	123 (60,59)			
Pertenece a un grupo social religioso.	Si	12 (5,91)	56 (27,59)	0,36	0,21 - 0,63	0,000
	No	65 (32,02)	70 (34,48)			
Amigos que fuman	Si	62 (30,54)	44 (21,67)	3,78	2,31 - 6,18	0,000
	No	15 (7,39)	82 (40,39)			
Consumo familiar de tabaco	Si	57 (28,08)	83 (40,89)	1,28	0,84 - 1,93	0,274
	No	20 (9,85)	43 (21,18)			
Consumo de psicoactivos ilícitos en el entorno familiar	Si	22 (10,84)	8 (3,94)	2,30	1,69 - 3,13	0,000
	No	55 (27,09)	118 (58,13)			
Estrato socioeconómico bajo**	Si	12 (5,91)	8 (3,94)	1,68	1,12 - 2,53	0,049
	No	65 (32,02)	118 (58,13)			
Familia monoparental	Si	28 (13,79)	26 (12,81)	1,57	1,11 - 2,22	0,02
	No	49 (24,14)	100 (49,26)			
Familia nuclear	Si	18 (8,87)	52 (25,62)	0,57	0,37 - 0,90	0,009
	No	59 (29,06)	74 (36,45)			
Percepción de familia funcional***	Si	18 (8,87)	52 (25,62)	0,57	0,37 - 0,90	0,009
	No	59 (29,06)	74 (36,45)			
Percepción de familia severamente disfuncional***	Si	21 (10,34)	4 (1,97)	2,64	2,00 - 3,47	0,000
	No	56 (27,59)	122 (60,10)			

* Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

***Prueba de percepción de funcionalidad familiar (FF- SIL).1994.

Elaborado por: el autor.

Fuente: Base de datos.

En la Tabla N°7 se observa que 102 adolescentes es decir, el 50,24% son consumidores de alcohol (alto y moderado); de los cuáles el 45,32% tienen migración familiar pero dicho factor asociado no es estadísticamente significativo ($p=1,000$).

El 43,35% de adolescentes que no consumen alcohol pertenecen a un grupo social, siendo ésta asociación protectora con significancia estadística (RP 0,63 IC 95%: 0,48-0,82; p 0,003).sin embargo, el pertenecer a un equipo deportivo aumenta el riesgo de consumo de alcohol en 1,73 veces (RP 1,73 IC95%: 1,34-2,23; p 0,002).

El consumo de alcohol en el entorno social está en el 31,03% de los consumidores, sin mostrar asociación estadística ($p=0,067$); por lo contrario, el consumo de alcohol en el entorno familiar aumenta en 2,89 veces más el riesgo de consumir alcohol (RP 2,89 IC95%: 1,53-5,43; p 0,000).

El estrato socioeconómico medio típico es un factor de riesgo para consumo de alcohol con asociación estadística significativa (RP 1,36 IC95%: 1,04-1,78; p 0,043).

En cuanto al tipo de familia según la estructura se observa que el 32,52% de consumidores de alcohol pertenecen a familias monoparental (16,26%) y extensa (16,26%) pero sin una asociación significativa ($p=0,08$ y $0,648$ respectivamente); situación opuesta que se observa en la familia nuclear, que constituyen un factor protector para el consumo de alcohol (RP 0,68 IC95%: 0,49-0,95; p 0,010).

La percepción de pertenecer a una familia severamente disfuncional aumenta en 1,84 veces el riesgo de consumir alcohol, factor con asociación estadística (RP 1,84 IC95%: 1,45-2,33; p 0,000).y por lo contrario la percepción de familia funcional constituye un factor protector para dicho consumo. (RP 0,68 IC95%: 0,49-0,95; p 0,010).

Tabla N° 7. Consumo de alcohol por adolescentes escolarizados y sus factores asociados.
Honorato Vásquez. 2018.

		Consumo alto y moderado de alcohol*			P	
		Si n=102 (%50,24)	No n=101 (%49,76)	RP		IC 95%
Migración familiar	Si	92 (45,32)	92 (45,32)	0,95	0,60 - 1,49	1,000
	No	10 (4,93)	9 (4,43)			
Pertenece algún grupo social	Si	71 (34,98)	88 (43,35)	0,63	0,48 - 0,82	0,003
	No	31 (15,27)	13 (6,40)			
Pertenece a un equipo deportivo	Si	20 (9,85)	5 (2,46)	1,73	1,34 - 2,23	0,002
	No	82 (40,39)	96 (47,27)			
Consumo de alcohol en entorno social	Si	63 (31,03)	49 (24,14)	1,31	0,98 - 1,75	0,067
	No	39 (19,21)	52 (25,32)			
Consumo de alcohol en entorno familiar	Si	94 (46,31)	69 (33,99)	2,89	1,53 - 5,43	0,000
	No	8 (3,94)	32 (15,76)			
Estrato socioeconómico medio típico**	Si	36 (17,73)	22 (10,845)	1,36	1,04 - 1,78	0,043
	No	66 (32,51)	79 (38,92)			
Familia monoparental	Si	33 (16,26)	21 (10,34)	1,31	1,00 - 1,73	0,080
	No	69 (33,99)	80 (39,41)			
Familia extensa	Si	33 (16,26)	29 (14,29)	1,08	0,81 - 1,45	0,648
	No	69 (33,99)	72 (35,47)			
Familia nuclear	Si	27 (13,30)	43 (21,18)	0,68	0,49 - 0,95	0,010
	No	75 (36,95)	58 (28,57)			
Percepción de familia funcional***	Si	27 (13,30)	43 (21,18)	0,68	0,49 - 0,95	0,010
	No	75 (36,95)	58 (28,57)			
Percepción de familia severamente disfuncional***	Si	21 (10,34)	4 (1,97)	1,84	1,45 - 2,33	0,000
	No	81 (39,90)	97 (47,78)			

* Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

* **Prueba de percepción de funcionalidad familiar (FF- SIL). 1994.

Elaborado por: el autor.

Fuente: Base de datos.

En la Tabla N°8 se observa que, 43 adolescentes es decir, el 21.18% son consumidores de cannabis (alto y moderado); dicho consumo inició a los 12 años de edad, presentándose principalmente en los 16 y 17 años, así como con la asistencia a primero y segundo de bachillerato, factores que demostraron asociación estadística ($p=0.000$) (anexo 11).

En la relación del consumo de cannabis con migración, se observa que, la migración del padre aumenta el riesgo en 2.11 veces (RP 2,11 IC95%: 1,25-3,54; p 0,008) y la migración de ambos padres (padre y madre) y hermanos aumenta en un 2.83 veces (RP 2,83 IC95%: 1,48-5,43; p 0,002).

El 65.52% de adolescentes que no consumen cannabis pertenecen a un grupo social, siendo ésta asociación protectora con significancia estadística (RP 0,40 IC95%: 0,25-0,70; p 0,002). Específicamente la pertenencia a un grupo social religioso constituye un factor protector importante (RP 0,45 IC95%: 0,22-0,92; p 0,028). sin embargo, el pertenecer a un equipo deportivo aumenta el riesgo de dicho consumo en 3,81 veces (RP 3,81 IC95%: 1,48-5,43; p 0,002).

El tener amigos que consuman sustancias psicoactivas ilícitas aumenta en 10,48 veces el riesgo del consumo de cannabis, factor con asociación estadística (RP 10,48 IC95%: 5,18-21,20; p 0,000). El consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en el entorno familiar aumenta en 3.08 veces el riesgo de consumir cannabis, (RP 3,08 IC95%: 1,88-5,05; p 0,000) y el consumo específico de cannabis dentro del entorno familiar aumenta en un 3.54 veces el riesgo (RP 3,54 IC95%: 2,19-5,72; p 0,000)

El estrato socioeconómico bajo aumenta en 2.09 veces el consumo de cannabis y es un factor de riesgo con asociación estadística significativa (RP 2,09 IC95%: 1,13-3,86; p 0,042).

En cuanto a la relación entre el tipo de familia según su estructura y el consumo de cannabis, se observa que, la familia monoparental aumenta en un 3.17 veces (RP 3,17 IC95%: 1,90-5,29; p 0,000).y la familia ampliada en un 2.37 veces el riesgo de consumo de cannabis (RP 2,37 IC95%: 1,23-4,56; p 0,033); situación opuesta que se observa en la familia nuclear, que constituyen un factor protector para el consumo de dicho psicoactivo con asociación significativa (RP 0,30 IC95%: 0,13-0,69; p 0,001).

La percepción de pertenecer a una familia severamente disfuncional aumenta en 5.12 veces el riesgo de consumir cannabis (RP 5,12 IC95%: 3,30-7,94; p 0,000), así como pertenecer a una familia moderadamente funcional aumenta en un 3.17 veces, (RP 3,17 IC95%: 1,90-5,29; p 0,000). Por lo contrario la percepción de familia funcional constituye un factor protector para dicho consumo. (RP 0,30 IC95%: 0,13-0,69; p 0,001).

Tabla N° 8. Consumo de cannabis por adolescentes escolarizados y sus factores asociados. Honorato Vásquez. 2018.

		Consumo alto y moderado de cannabis*		RP	IC 95%	P
		Si n=43 (%21,18)	No n=160 (%78,82)			
Migración del padre	Si	17 (8,37)	31 (15,27)	2,11	1,25 - 3,54	0,008
	No	26 (12,81)	129 (63,55)			
Migración de padres y hermanos	Si	5 (2,46)	4 (1,97)	2,83	1,48 - 5,43	0,002
	No	38 (18,72)	156 (76,85)			
Pertenece algún grupo social	Si	26 (12,81)	133 (65,52)	0,40	0,25 - 0,70	0,002
	No	17 (8,37)	27 (13,30)			
Pertenece a un equipo deportivo	Si	15 (7,39)	10 (4,93)	3,81	2,39 - 6,08	0,000
	No	28 (13,79)	150 (73,89)			
Asiste a grupo social religioso	Si	8 (3,94)	60 (29,56)	0,45	0,22 - 0,92	0,028
	No	35 (17,24)	100 (49,26)			
Amigos que consumen psicoactivos ilícitos	Si	35 (17,24)	29 (14,29)	10,48	5,18 - 21,20	0,000
	No	8 (3,94)	131 (64,53)			
Consumo de psicoactivos ilícitos en entorno familiar	Si	15 (7,39)	15 (7,39)	3,08	1,88 - 5,05	0,000
	No	28 (13,79)	145 (71,43)			
Consumo de cannabis en entorno familiar	Si	12 (5,91)	8 (3,94)	3,54	2,19 - 5,72	0,000
	No	31 (15,27)	152 (74,88)			
Estrato Socioeconómico bajo**	Si	8 (3,94)	12 (5,91)	2,09	1,13 - 3,86	0,042
	No	35 (17,24)	148 (72,91)			
Familia monoparental	Si	23 (11,33)	31 (15,27)	3,17	1,90 - 5,29	0,000
	No	20 (9,85)	129 (63,55)			
Familia nuclear	Si	6 (2,96)	64 (31,53)	0,30	0,13 - 0,69	0,001
	No	37 (18,23)	96 (47,29)			
Familia ampliada	Si	6 (2,96)	7 (3,45)	2,37	1,23 - 4,56	0,033
	No	37 (18,23)	153 (75,37)			
Percepción de familia funcional***	Si	6 (2,96)	64 (31,53)	0,30	0,13 - 0,69	0,001
	No	37 (18,23)	96 (47,29)			
Percepción de familia moderadamente funcional***	Si	23 (11,33)	31 (15,27)	3,17	1,90 - 5,29	0,000
	No	20 (9,85)	129 (63,55)			
Percepción de familia severamente disfuncional***	Si	18 (8,87)	7 (3,45)	5,12	3,30 - 7,94	0,000
	No	25 (12,32)	153 (75,37)			

* Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

***Prueba de percepción de funcionalidad familiar (FF- SIL).1994.

Elaborado por: el autor.

Fuente: Base de datos.

En la Tabla N°9 se observa que 17 adolescentes es decir, el 8,4% son consumidores de cocaína (alto y moderado); de los cuales el 35% son consumidores de alto riesgo, cuya edad en su totalidad se encuentra en los 17 años que asisten a primero y segundo de bachillerato, factores que demostraron asociación estadística ($p=0.000$ y $p=0.025$ respectivamente) (anexo 11).

En la relación del consumo de cocaína con migración, se observa que, la migración del padre aumenta el riesgo en 2.52 veces (RP 2,52 IC95%: 1,48-4,28; p 0,006) y la migración de ambos padres (padre y madre) y hermanos aumenta en un 8.98 veces, (RP 8,98 IC95%: 4,03-20,01; p 0,000) siendo los dos factores con asociación estadística positiva.

El 74.38% de adolescentes que no consumen cocaína pertenecen a un grupo social, siendo ésta asociación protectora con significancia estadística (RP 0,24 IC95%: 0,10-0,60; p 0,003), específicamente la pertenencia a un grupo social religioso constituye un factor protector importante (RP 0,11 IC95%: 0,01-0,85; p 0,007), por lo contrario, el pertenecer a un equipo deportivo aumenta el riesgo de dicho consumo en 2.96 veces (RP 2,9 IC95%: 1,14-7,71; p 0,041).

El tener amigos que consuman sustancias psicoactivas ilícitas aumenta en 36.92 veces el riesgo del consumo de cocaína, factor con asociación estadística (RP 36,92 IC95%: 5,02-271,44; p 0,000). El consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en el entorno familiar aumenta en 5.12 veces el riesgo de consumir cocaína (RP 5,12 IC95%: 2,14-12,23; p 0,000), y el consumo específico de cocaína dentro del entorno familiar aumenta en un 14.28 veces el riesgo (RP 14,28 IC95%: 8,62-23,67; p 0,000).

El estrato socioeconómico medio típico está en mayor relación con el consumo de cocaína pero no presenta asociación estadística significativa ($p=0.094$).

En cuanto a la relación entre el tipo de familia según su estructura y el consumo de cocaína se observa que, el consumo es más frecuente en la familia monoparental pero no representa un factor de

riesgo con asociación estadística (RP 2,22 IC95%: 0,90-5,97; p 0,094), Por lo contrario, se observa que, la familia nuclear, constituyen un factor protector para el consumo de dicho psicoactivo con asociación significativa (RP 0,11 IC95%: 0,01-0,82; p 0,007).

La percepción de pertenecer a una familia severamente disfuncional aumenta en 6.32 veces el riesgo de consumir cocaína (RP 6,32 IC95%: 2,69-14,88; p 0,000), así como pertenecer a una familia moderadamente funcional aumenta en un 3.10 veces, factores con asociación estadística (RP 3,10 IC95%: 1,26-7,63; p 0,018) y por lo contrario la percepción de familia funcional constituye un factor protector para dicho consumo (RP 0,11 IC95%: 0,01-0,82; p 0,007).

Tabla N° 9. Consumo de cocaína por adolescentes escolarizados y sus factores asociados.
Honorato Vásquez. 2018.

		Consumo alto y moderado de cocaína*		RP	IC 95%	P
		Si n=17 (%8,4)	No n=186 (%91,6)			
Migración del padre	Si	9 (4,43)	39 (19,21)	2,52	1,48 – 4,28	0,006
	No	8 (3,94)	147 (72,41)			
Migración de padres y hermanos	Si	5 (2,46)	4 (1,97)	8,98	4,03 - 20,01	0,000
	No	12 (5,91)	182 (89,66)			
Pertenece algún grupo social	Si	8 (3,94)	151 (74,38)	0,24	0,10 - 0,60	0,003
	No	9 (4,43)	35 (17,24)			
Pertenece a un equipo deportivo	Si	5 (2,46)	20 (9,85)	2,96	1,14 - 7,71	0,041
	No	12 (5,91)	166 (81,77)			
Asiste a grupo social religioso	Si	1 (0,49)	67 (33,00)	0,11	0,01 - 0,85	0,007
	No	17 (8,37)	118 (58,13)			
Amigos que consumen drogas	Si	17 (8,37)	47 (23,15)	36,92	5,02 - 271,44	0,000
	No	1 (0,49)	138 (67,98)			
Consumo de drogas en entorno familiar	Si	8 (3,94)	22 (10,84)	5,12	2,14 - 12,23	0,000
	No	9 (4,43)	164 (80,79)			
Consumo de cocaína en el entorno familiar	Si	3 (1,48)	0 (0,00)	14,28	8,62 - 23,67	0,000
	No	14 (6,90)	186 (91,63)			
Estrato socioeconómico medio típico**	Si	8 (3,94)	50 (24,63)	2,22	0,90 - 5,47	0,094
	No	9 (4,43)	136 (67,00)			
Familia monoparental	Si	9 (4,43)	45 (22,17)	2,22	0,90 - 5,97	0,094
	No	8 (3,94)	141 (69,46)			
Familia nuclear	Si	1 (0,49)	69 (33,99)	0,11	0,01 - 0,82	0,007
	No	17 (8,37)	116 (57,14)			
Percepción de familia funcional***	Si	1 (0,49)	69 (33,99)	0,11	0,01 - 0,82	0,007
	No	17 (8,37)	116 (57,14)			
Percepción de familia moderadamente funcional***	Si	9 (4,43)	45 (22,17)	3,10	1,26 - 7,63	0,018
	No	8 (3,94)	141 (69,46)			
Percepción de familia severamente disfuncional***	Si	8 (3,94)	17 (8,37)	6,32	2,69 - 14,88	0,000
	No	9 (4,43)	169 (83,25)			

* Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

***Prueba de percepción de funcionalidad familiar (FF– SIL).1994.

Elaborado por: el autor.

Fuente: Base de datos.

7. Discusión

La adolescencia está comprendida entre los 10 y 19 años, es una etapa fundamental en el curso de la vida de las personas, en la cual se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales (Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud et al., 2014) que pueden favorecer a la aparición de conductas de riesgo.(Viejo & Ortega-Ruiz, 2017)

Las sustancias psicoactivas, son toda sustancia de origen natural o sintético, lícita o ilícita, que se consume con intención de afectar los procesos de pensamiento, la conciencia, la percepción y el estado de ánimo (World Health Organization, 2004) y que constituyen un problema de salud pública porque, reducen el autocontrol y aumentan las conductas de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas, comportamientos peligrosos en las vías, accidentes de tránsito, así como la violencia y muertes prematuras.(Organización Mundial de la Salud, 2017)

La prueba para el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias ASSIST (OMS, 2002), permite identificar a aquellas personas que presentan un consumo de riesgo bajo, moderado y alto de: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas tipo estimulante, sedantes, alucinógenos, inhalantes, opioides y otras drogas.

Para determinar la prevalencia de consumo se consideraron al total de adolescentes que presentaron un consumo de riesgo, es decir moderado o alto, excluyendo a las personas con riesgo bajo, porque la prueba ASSIST considera como riesgo bajo a todas las personas que no han consumido sustancias psicoactivas o han probado alguna vez en su vida (<3 puntos), pero que no son consumidores.

Para el consumo de sustancias psicoactivas existen factores que lo favorecen (Morello, 2017) y factores de protección que reducen la probabilidad de dicho consumo en los y las adolescentes. (López Villalba et al., 2016; Mangrulkar et al., 2001)

En la parroquia Honorato Vásquez se realizó un estudio analítico transversal, en un periodo de 12 meses sobre la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados y la relación con factores propios del adolescente, de la familia y del entorno.

Determinando la prevalencia de cada una de las sustancias psicoactivas tanto lícitas (alcohol y tabaco) e ilícitas (cannabis, cocaína, inhalantes, tranquilizantes y otras) y excluyendo a: estimulantes de tipo anfetamina, alucinógenos, opiáceos e inyectables por no encontrar ningún dato positivo durante la investigación.

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas fue superior al planteado en la hipótesis (40% para sustancias lícitas y 12% para sustancias ilícitas) pues se observó que, el 58.12% de adolescentes ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva.

Específicamente el 50.25% de adolescentes consumen alcohol, de los cuáles el 40,39% tienen un consumo moderado y el 9,85% un consumo alto; similar a la prevalencia encontrada en Guayaquil (2005) que asegura que, adolescentes de educación secundaria consumen alcohol en un 52;61%, en forma de abuso el 17,71% y de uso el 34,91%, (Ramírez Ruiz & de Andrade, 2005).

A demás se observó una prevalencia del 37.93% para el consumo de tabaco, de los cuales el 28.08% es moderado y alto el 9.85%, valores que supera el 26,7% encontrado en estudiantes universitarios, en México por (Cruz et al., 2017); pero es menor al 46,4% encontrado en España en estudiantes de bachillerato (Ariza et al., 2014).

En cuanto al consumo de las sustancias psicoactivas ilícitas se observó que el 21.18% consume cannabis, con un consumo moderado de 16.26% y alto del 4.93%; seguido del consumo de cocaína con un 8.37%, tranquilizantes e inhalantes con un 7% y por último otras sustancias con un 2.96%.

Prevalencias mayores a las observadas a nivel Nacional: del 33,94% en alcohol; 10,06% en tabaco; 5,79% en marihuana; 3,6% en cocaína; 3,4% en inhalantes (incluido el pegamento); tranquilizantes en 2,9% y estimulantes en 2,2%.(CONSEP & OND, Ecuador, 2013).

Así como superó también a los resultados encontrados en un estudio realizado a 92.929 estudiantes con un rango de edad entre 11 y 18 años en Colombia, donde se reportó un consumo de 40% para alcohol, 24,3% para tabaco y 12,1% para alguna sustancia ilícita, mayormente Marihuana con un 7% (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2011).

En México (2010) se realizó un estudio a 1997 adolescentes de educación media superior con la aplicación también del ASSIST donde se obtuvo una prevalencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas del 25% (n=502) (Pérez Ramos & Lucio-Gómez Maqueo, 2010).

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas y los factores sociodemográficos, la media de la edad de los y las adolescentes fue de 13.70 años (± 2.69), con asociación estadística entre la edad y el consumo de sustancias psicoactivas ($p=0,004$), encontrando una progresión de consumo en relación directamente proporcional a la edad.

Del 58.12% de adolescentes que consumen sustancias psicoactivas, el 31.03% son adolescentes tardíos (15 a 18 años 11 meses) y el 27.09% adolescentes tempranos (10 años a 14 años 11 meses). Por otro lado se observó que el 55.17% de adolescentes fueron tempranos y el 44.83% fueron tardíos, y el 68% cursan la educación general básica, y sólo el 32% el bachillerato, muy probablemente por disponer solo de una institución educativa con bachillerato de las 8 instituciones que constan en el sector.

Al igual que en Colombia (2011) existe un aumento del consumo según el grado de escolaridad, la mayoría de consumidores pertenecen al bachillerato con un 42,4%, seguidos de un 34,7% que pertenecen al grupo de educación general básica superior y por último con un 22,9% a educación general básica media (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2011).

Se observó un consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia temprana (10 años para alcohol y tabaco; y 12 años para cannabis) excepto cocaína que inició en la adolescencia tardía (15 años). Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016 refiere que la edad media de inicio en el consumo de alcohol ha descendido de los 13 a 8 años. Pero al igual que el presente estudio se respeta el patrón de consumo que por orden de prevalencia consta el alcohol, seguido del tabaco y la marihuana (Molero Jurado, 2017).

En relación al sexo, el 33% de consumidores son hombres y el 25.12% mujeres; presentando una relación estadísticamente significativa. ($p=0,007$). Fuentes et al (2015) asegura que los hombres muestran un mayor consumo de alcohol y cannabis que las mujeres, tendencia que coincide con la pauta de consumo nacional (Dirección Nacional del Observatorio de Drogas & Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, 2014).

La OMS (2017) refiere que los hombres tienen una probabilidad mayor de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres, y estas tienden más que los hombres a consumir opioides y tranquilizantes; se afirma también que, los grupos de mayor estrato socioeconómico son más propensos a iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas, pero que en los grupos de menor nivel socioeconómico tienen más probabilidad de caer en una dependencia (Organización Mundial de la Salud, 2017). A diferencia de lo encontrado en el estudio, donde el 30,05% de adolescentes consumidores pertenecen al estrato medio bajo, seguido de 19.21% de medio típico, 5.91% de estrato bajo y por último con un 2.96% del medio alto; datos que no reportan asociación estadística. ($p=0.057$).

La parroquia de Honorato Vásquez en su mayoría pertenece al grupo socioeconómico medio bajo y medio típico; no se encontró ningún adolescente escolarizado en la estratificación alta según el INEC. Se debe acotar que, el único establecimiento con bachillerato es el Instituto San Rafael, el mismo que es particular, por lo tanto ésta información puede contener un sesgo, a diferencia de los otros niveles de escolaridad que se incluyeron institutos fiscales y una particular.

En relación a la etnia no se encontró una relación estadística positiva ($p=0.353$), sin embargo se observa que la mayoría de consumidores con el 45,8% son de etnia mestiza, seguidos de un 12.32% de etnia indígena. En relación a la residencia se observó que el 39.41% de los consumidores residen en la zona rural, factor con asociación estadística ($p=0,020$) a diferencia de otros estudios que indican que el consumo es mayor en la zona urbana por facilidad en el acceso a las sustancias psicoactivas (Fuentes et al., 2015).

El análisis bi-variado se realizó entre el consumo de sustancias psicoactivas lícitas: tabaco, alcohol e ilícitas: cannabis y cocaína, por ser las principales sustancias psicoactivas encontradas, con todos los factores asociados: migración familiar, asociación a grupos sociales, consumo de sustancias psicoactivas en el entorno social, consumo de sustancias psicoactivas en el entorno familiar, estrato socioeconómico, estructura familiar y percepción de la funcionalidad familiar.

El consumo de alcohol, (prevalencia de 50.24%) se relacionó con varios factores, de los cuales se detectó factores de riesgo, protección y aquellos sin significancia estadística como la migración familiar que a pesar de encontrarse en el 45.32% de los consumidores no se asocia a éste ($p=1,000$), así como tampoco se considera el consumo de alcohol en el entorno social como un factor de riesgo a pesar de presentarse en el 31.03% de los consumidores, (RP 1,31 IC95%: 0,98-1,75; $p 0,067$) por lo contrario, Rueda et al (Colombia 2017) afirma que tener un mejor amigo que fuma o consume alcohol (OR = 2,01, IC95% 1,40-2,88) aumenta el riesgo de consumir dichas sustancias. (Rueda-Jaimes, Ramírez, Martínez-Villalba, & López, 2012)

El consumo de alcohol en el entorno familiar aumenta en 2.89 veces más el riesgo de consumir alcohol (RP 2,89 IC95%: 1,53-5,43; p 0,000). Así, como lo afirma Landero et al (2007) la existencia de una correlación positiva entre el consumo de alcohol de la familia y el consumo de los estudiantes, sin embargo, con relación al consumo del alcohol en específico, sin desestimar la importancia de la presión grupal, la influencia familiar es la variable a ser tomada en cuenta, pues en este mismo sentido, se ha hallado una relación directa entre el consumo de alcohol de los progenitores y el de sus hijos adolescentes (Landero Hernández & Villarreal, 2007).

La pertenencia a un grupo social, constituye un factor protector para el consumo de alcohol (RP 0,63 IC95%: 0,48-0,82; p 0,003).sin embargo, el pertenecer a un equipo deportivo aumenta el riesgo en 1,73 veces (RP 1,73 IC95%: 1,34-2,23; p 0,002). En España (2016) se encontró que el consumo de alcohol está en relación a la celebración, y se relacionó sobretodo con el fútbol. (Suárez, Del Moral, Martínez, John, & Musitu, 2016).

En cuanto al tipo de familia según la estructura se observa que el 32.52% de consumidores de alcohol pertenecen a familias monoparental (16,26%) y extensa (16,26%) pero sin asociación significativa ($p=0.08$ y 0.648 respectivamente); situación opuesta que se observa en la familia nuclear, que constituyen un factor protector para el consumo de alcohol (RP 0,68 IC95%: 0,49-0,95; p 0,010).

Uroz et., al (España 2017) afirma que la estructura familiar no es significativa para el consumo de alcohol en los adolescentes pero sí para el abuso, observó que los consumidores de alcohol pertenecientes a familias monoparentales presentaban un consumo alto (15,6%).

La percepción de pertenecer a una familia severamente disfuncional aumenta en 1.84 veces el riesgo de consumir alcohol (RP 1,84 IC95%: 1,45-2,33; p 0,000); y por lo contrario, la percepción de familia funcional constituye un factor protector para dicho consumo (RP 0,68 IC95%: 0,49-0,95; p 0,010).

Existe una relación significativa entre el afecto familiar percibido y el uso/abuso de alcohol, considerando el afecto familiar como un factor de protección frente al alcohol (Uroz Olivares, Charro Baena, Prieto Úrsua, & Meneses Falcón, 2018).

El 37,9% de los adolescentes escolarizados de Honorato Vásquez son consumidores de tabaco, de los cuáles el 13,79% tienen migración del padre, factor que aumentó en 1,84 veces más el riesgo (RP 1,84 IC95%: 1,32-2,57; p 0,001).

El consumo de tabaco en el entorno social (amigos que fuman) aumenta en 3.78 veces más el riesgo de consumir tabaco por los y las adolescentes (RP 3,78 IC95%: 2,31-6,18; p 0,000); evento que se presentó en el 30.54% de consumidores de tabaco de Honorato Vásquez. En España (2014) durante un estudio a lo largo de 20 años, se determinó una fuerte asociación en el consumo de tabaco y el tener amigos fumadores (OR 3,09 IC95% 1,63-5,87) (Ariza et al., 2014).

La percepción de pertenecer a una familia severamente disfuncional aumenta en 2,64 veces el riesgo de consumir tabaco, (RP: 2,64 IC95%:2,00 – 3,47); en cambio la percepción de pertenecer a una familia funcional constituye un factor protector (RP 0,57 IC95%: 0,37-0,90; p 0,009). Correlación con los factores familiares de riesgo, encontrados: las malas relaciones intrafamiliares (Jordán, Molina de Souza & Pillon, 2009), la inadecuada comunicación intrafamiliar y el modo de enfrentar los problemas (CidMonckton & Pedrão, 2011).

En cuanto al tipo de familia según la estructura se observa que la familia monoparental constituye un factor de riesgo para el consumo de tabaco con asociación estadística (RP 1,57 IC95%: 1,11-2,22; p 0,020) situación opuesta que se observa en las familias nucleares, que constituyen un factor protector significativo (RP 0,57 IC95%: 0,37-0,90; p 0,009).

El consumo de cannabis (21,1%) y cocaína (8,4%) es superior a la prevalencia a nivel del continente (Organización de los Estados Americanos (OEA); Comisión Interamericana, OEA - CICAD, & OEA-CICAD, 2015) y a la tendencia nacional del Ecuador (CONSEP-OND, 2013).

La migración del padre aumenta el riesgo en 2.11 veces (RP 2,11 IC95%: 1,25-3,54; p 0,008) y la migración de ambos padres (padre y madre) y hermanos en un 2.83 veces (RP 2,83 IC95%: 1,48-5,43; p 0,002) la probabilidad de consumir cannabis. Que está en relación a la presencia de familias monoparentales, las que aumentan en un 3.17 el riesgo (RP 3,17 IC95%: 1,90-5,29; p 0,000); al igual que la presencia de familias ampliadas aumenta el riesgo en un 2.37 veces (RP 2,37 IC95%: 1,23-4,56; p 0,033); situación opuesta que se observa en la familia nuclear, que constituyen un factor protector para el consumo de dicho psicoactivo. (RP 0,30 IC95%: 0,13-0,69; p 0,001).

Correlación que se realiza con España, donde se asegura que, vivir con los dos padres, tener una buena relación con ellos, el apoyo y la implicación parental y un adecuado funcionamiento familiar son factores relacionados con una menor probabilidades de consumo de sustancias psicoactivas. (Alfonso & Huedo-Medina, s. f.).

El tener amigos que consuman sustancias psicoactivas ilícitas aumenta en 10,48 veces el riesgo del consumo de cannabis (RP 10,48 IC95%: 5,18-21,20; p 0,000) y en 36.92 veces el riesgo del consumo de cocaína, (RP 36,92 IC95%: 5,02-271,44; p 0,000).

El consumo de cannabis y cocaína se relacionan con una también mayor frecuencia de consumo de tabaco, de alcohol, además el fácil acceso y sobretodo con poseer un grupo de pares que también sean consumidores (Varela & Iglesias, 2015),

En el estudio se muestra la relación entre la ausencia y presencia de los padres en el hogar observando que un alto porcentaje no esté presente y esto se debe en la mayoría por la migración a otros países en busca de otras oportunidades de trabajo y mejorar el ingreso económico, que muchas veces lo logran pero repercuten en los y las adolescentes pues la familia cambia su estructura y los abuelos o familiares no tienen la suficiente autoridad para la crianza, mostrando una afectación en el factor afectivo como parte de la dinámica familiar, ya que la ausencia de los padres crea cierto grado de inseguridad e inmadurez en los jóvenes. Los adolescentes que se quedan sin supervisión o están solos en las mayorías de las actividades tienen más probabilidades de necesitar el uso y aumentar el consumo de sustancias psicoactivas.

8. Conclusiones

El presente estudio evaluó a 203 adolescentes escolarizados en todos los niveles desde educación general básica media hasta bachillerato, con edad media de 13,7 años ($\pm 2,69$), en su mayoría mujeres (51,23), mestizos (76,35%) con residencia rural (73,89%) y con una estratificación socioeconómica media principalmente (83,79%).

Se determinó que la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas fue de 58,12%; valor que superior al planteado en la hipótesis, 40% para sustancias lícitas y 12% para sustancias ilícitas, pues, el 50,25% de adolescentes de la parroquia Honorato Vásquez consumen alcohol y el 37,93% consumen tabaco; en cuanto a las sustancias psicoactivas ilícitas el consumo principal es cannabis con el 21,18% seguido de la cocaína con un 8,37%, tranquilizantes e inhalantes con un 7% y otras sustancias con un 2,96%.

Se observó que el consumo de sustancias psicoactivas está en relación a factores individuales, de la familia y del ambiente.

El consumo del alcohol se asoció con varios factores de riesgo como: la pertenencia a un equipo deportivo ($p 0,002$), el consumo del entorno familiar ($p 0,000$), estrato socioeconómico medio típico ($p 0,043$), y disfuncionalidad familiar ($p 0,000$).

El tabaco se relacionó con: migración del padre ($p 0,000$), pertenencia a un equipo deportivo ($p 0,000$), consumo en el entorno social ($p 0,000$), consumo de sustancias ilícitas en el entorno familiar ($p 0,000$), estrato socioeconómico bajo ($p 0,049$), familia monoparental ($p 0,020$) y disfuncionalidad familiar ($p 0,000$).

El cannabis se vincula a: migración del padre (p 0,008), migración de ambos padres y hermanos (p 0,002), pertenencia a un equipo deportivo (p 0,000), consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en el entorno social (p 0,000), consumo de sustancias ilícitas en el entorno familiar (p 0,000), consumo de cannabis en el entorno familiar (p 0,000), estrato socioeconómico bajo (p 0,042), familia monoparental (p 0,000), familia ampliada (p 0,033) y percepción de familia severamente disfuncional (p 0,000).

La cocaína presentó asociación con: migración del padre (p 0,006), migración de ambos padres y hermanos (p 0,000), pertenencia a un equipo deportivo (p 0,041), consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en el entorno social (p 0,000), consumo de sustancias ilícitas en el entorno familiar (p 0,000), consumo de cocaína en el entorno familiar (p 0,000), percepción de familia moderadamente funcional (p 0,018) y percepción de familia severamente disfuncional (p 0,000).

Los factores protectores para el consumo de sustancias psicoactivas que se determinaron fueron: pertenencia a algún grupo social, asistencia a grupo social religioso, familia nuclear y percepción de familia funcional.

9. Recomendaciones

Existe una notoria necesidad de reducir Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de sustancias psicoactivas durante la adolescencia, siendo las principalmente modificables con intervención del médico familiar, la variable que hace relación a la percepción de la funcionalidad familiar.

La prevención de riesgos en la adolescencia debe incluir a los padres intentando clarificar formas adecuadas de transmitir apoyo, afecto, preocupación y control.

Los hallazgos encontrados en el estudio, permiten entender mejor la exposición al consumo de sustancias psicoactivas, el cual es marcado en los adolescentes, con características de policonsumo, a ser consideradas para futuras intervenciones.

Las variables grupo de amigos, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas en el entorno social y familiar han tenido un peso específico en los modelos del consumo, por tanto deben ser estudiadas en profundidad para evitar el fracaso de los programas prevención de consumos de sustancias psicoactivas en el grupo de vulnerabilidad como son los adolescentes.

Considerar nuevas líneas de investigación sobre el fenómeno del consumo, para contribuir a la realización a futuro de programas de prevención que se enfoquen en el consumo de sustancias específicas, como tabaco, alcohol, cannabis y cocaína (notoriamente prevalentes), y en la contención de factores de riesgo así como la potenciación de los factores protectores.

La investigación debe seguir los modelos de predicción del consumo desarrollados en este trabajo y continuar el desarrollo de modelos teóricos útiles que pueden ser referentes para la investigación futura

10. Bibliografía

- Alfonso, J. P., & Huedo-Medina, T. B. (s. f.). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia, 10.
- Ariza, C., García-Continente, X., Villalbí, J. R., Sánchez-Martínez, F., Pérez, A., & Nebot, M. (2014). Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.005>
- Becoña Iglesias, E., España, & Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Caicedo-Fonseca, R. E., Moreno-Vera, D., Ferreira-Cardona, J., Mendoza-Ojeda, L., Rueda-Rincón, L., Murillo-Ortiz, P., & Botello-Leal, X. (2012). Diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9(2), 26-35. <https://doi.org/10.22463/17949831.336>
- Carballo, J., García, O., & Secades, R. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, Vol. 16, nº 4, 674-679.
- Censos, I. N. de E. y. (s. f.). Población y Demografía. Recuperado 19 de noviembre de 2018, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Ladero L, Lizasoain L. Drogodependencias. Madrid (ES): Medica Panamericana*. Recuperado de <http://media.axon.es/pdf/71675.pdf>
- Diez, J. P. (1999). Alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. *Plan Nacional sobre Drogas de Valencia*, 286.
- Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud, Pública, & Ministerio de Salud Pública. Salud de Adolescentes, Guía de Supervisión 2014 (2014). Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GUIA-SUPERV-ADOLESC-Edito1.pdf>
- Dirección Nacional del Observatorio de Drogas, & Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (2014). *Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años*. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y

- Psicotrópicas –CONSEP-. Recuperado de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/03/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-poblaci%C3%B3n-de-12-a-65-a%C3%B1os.pdf>
- Fathalla, M. F., & Fathalla, M. M. F. (2008). *Guía práctica de investigación en salud*. Washington, D.C.: OPS, Of. Regional de la Organización Mundial para la Salud. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=237657>
- Fernández Hermida, J. R., & Secades Villa, R. (2002). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011*. United Nations Pubns.
- Fuentes, M. C., Alarcón, A., García, F., & Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de Psicología*, 31(3), 1000-1007. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.183491>
- Gallo, L. A., Vissupe, M. D. C., & Morales, V. M. G. (2016). Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4). Recuperado de <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/137>
- Gobierno Nacional de la República de Colombia. (2011). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar – Colombia 2011*. Colombia. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf
- Humeniuk, R., & World Health Organization. (2010). *The Alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organization.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2013). *Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2013* (Dirección de estadísticas sociodemográficas). Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf

- Irles, D. L., Sánchez, J. P. E., Perona, V. C., & Burkhart, G. (2013). Prevención familiar del consumo de drogas en Europa: una revisión crítica de los programas contenidos en EDDRA. *Adicciones*, 25(3), 226-234. <https://doi.org/10.20882/adicciones.50>
- Landero Hernández, R., & Villarreal, G., María Elena. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relacion con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud*, 17(1), 17-.
- López Villalba, F., Rodríguez García, P., & García Cantó, E. (2016). Relación entre la práctica físico-deportiva y el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de Murcia (España). *Archivos Argentinos de Pediatría*. <https://doi.org/10.5546/aap.2016.101>
- Louro Bernal, I., & Arés Muzio, P. (2012). *Modelo teórico - metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria*. Ciudad de La Habana: Editorial Universitaria. Recuperado de <http://site.ebrary.com/id/10552830>
- Mangrulkar, L., Whitman, C. V., & Posner, M. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. OPS. Recuperado de <http://148.204.52.13/i/bibliotecaDase/2000/Acervo/AcervoVirtualPsicosocial/PsicosocialAcervoLecturas/Habilidades.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito, & Viena. (2012). Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. *Naciones Unidas*, 72.
- Martínez-Mantilla, J., Amaya-Naranjo, W., & Campillo, H. A. (2007). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Revista de Salud Pública*, 9 (2), 215-229.
- Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿ hacia dónde vamos? *salud pública de méxico*, 55(1), 67-73.
- Molero Jurado, M. del M. (2017). *Salud y cuidados durante el desarrollo*. Almería: ASUNIVEP. Recuperado de https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_5.pdf#page=157
- Morello, P. (2017). Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en adolescentes escolarizados de tres ciudades de Argentina.v115n2a09.pdf. *Arch Argent Pediatr*, 115(2), 155-159.

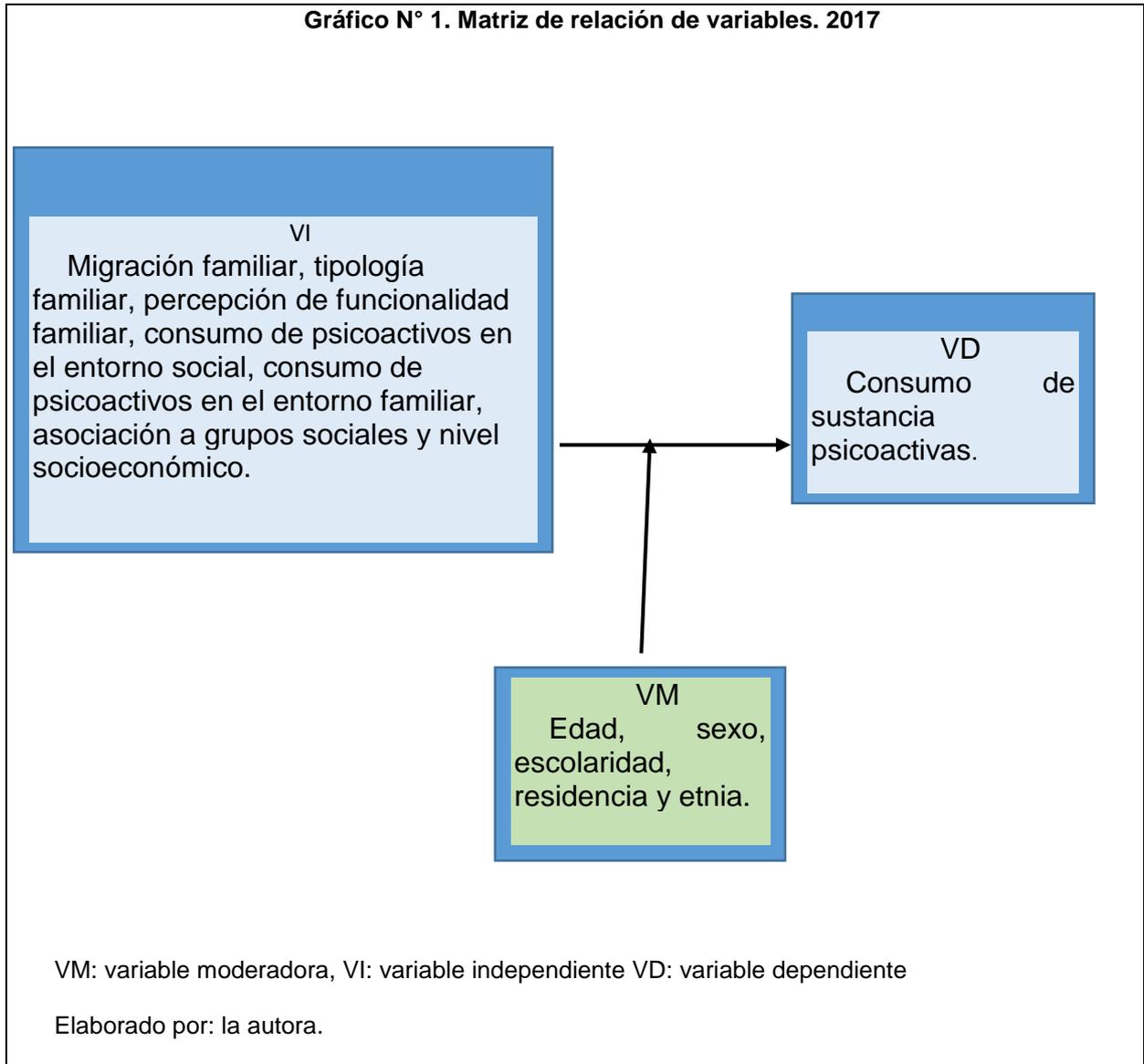
- Organización de los Estados Americanos (OEA); Comisión Interamericana, OEA - CICAD, & OEA-CICAD. (2015). *Uso de drogas en las Américas, 2015*. Recuperado de <http://www.oas.org/cicaddocs/document.aspx?id=3209>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Mhgap intervention guidelines for mental disorders, neurological and substance use in the level ...* Place of publication not identified: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales 2014*. (No. NLM classification: WA 900.1) (pp. 116-128). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *OMS | Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2010). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria*. ©Organización Mundial de la Salud, 2011. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
- Peden, M. M., UNICEF, & World Health Organization (Eds.). (2008). *World report on child injury prevention*. Geneva, Switzerland : [New York, NY]: World Health Organization ; UNICEF.
- Pérez Ramos, M., & Lucio-Gómez Maqueo, E. (2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de bachillerato. *Salud y drogas, 10*(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=83915075004>
- Ramírez Ruiz, M., & de Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13*(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=281421851008>
- Rubio Valladolid, G., Martínez-Raga, J., & Martínez-Gras, I. (2014). Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema, 26*(2), 180–185. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.172>
- Rueda-Jaimes, G. E., Ramírez, J. L. P., Martínez-Villalba, A. M. R., & López, P. A. C. (2012). Abuso de alcohol en niños y adolescentes escolarizados y factores asociados*. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 41*(2), 273-283. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60004-4](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60004-4)

- Sainz, M. T., Rosete-Mohedano, M. G., Rey, G. N., Vélez, N. A. M., García, S. C., & Cisneros, D. P. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19-27.
- Suárez, C., Del Moral, G., Martínez, B., John, B., & Musitu, G. (2016). El patrón de consumo de alcohol en adultos desde la perspectiva de los adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.004>
- UNODC. (2016). *Informe Mundial Sobre las Drogas 2016-Resumen-Ejecutivo*. (Resumen ejecutivo). Recuperado de http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/04/WDR_2016-Resumen-Ejecutivo.pdf
- Uroz Olivares, J., Charro Baena, B. C., Prieto Úrsua, M., & Meneses Falcón, C. (2018). Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(1), 107. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.364>
- van den Bree, M. B. M., & Pickworth, W. B. (2005). Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 311-319. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.311>
- Varela, M. del C. M., & Iglesias, E. B. (2015). ¿El consumo de cigarrillos y alcohol se relaciona con el consumo de cánnabis y el juego problema en adolescentes españoles? [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Recuperado 19 de noviembre de 2018, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5052513>
- Velasco, S. Á. (2012). Estado del arte de los estudios migratorios ecuatorianos. Recuperado de http://www.flacsoandes.org/sima/images/Soledad_Alvarez_Estado_del_arte_estudios_migratorios_SAV_VF.pdf
- Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2017). Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*, 7(2), 109. <https://doi.org/10.25115/psye.v7i2.527>
- World Health Organization (Ed.). (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, & Division of Mental Health. (s. f.). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Recuperado de <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

11. Anexos

Anexo 1.

Matriz de relación de variables.



Anexo 2:Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
SEXO	Las características fisiológicas y sexuales que diferencian a mujeres y hombres.	Fenotipo	Características físicas (caracteres sexuales secundarios) que distinguen al hombre de la mujer	Cualitativa dicotómica: 1. hombre 2. mujer
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Temporal	Años cumplidos registrados en la cédula, partida de nacimiento, o en el registro en la Historia Clínica.	1. Numérica
ETNIA	Conjunto de personas que tienen en común rasgos culturales: idioma, religión, alimentación, festividades, arte o vestimenta.	Cultural	Según la percepción del adolescente, por interrogatorio directo.	1. Mestizo(a) 2. Indígena 3. Blanco(a) 4. Afrodescendiente 5. Otra
RESIDENCIA	Lugar geográfico donde se vive, dependiendo de un conjunto de características como construcciones: actividades económicas, tránsito y habitantes.	Lugar	Según la percepción del adolescente, por interrogatorio directo mediante un formulario de recolección de datos.	1. Urbano 2. Rural
ESCOLARIDAD	El grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Educativo	Curso que actualmente asiste el adolescente en el año lectivo 2017 - 2018	1. Numérica

NIVEL SOCIOECONÓMICO	Nivel socioeconómico del hogar, de acuerdo a las características de la vivienda, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación y actividad económica del hogar.	Económica Laboral Educativa	Estratificación socioeconómica del hogar mediante la encuesta del INEC	0 a 316: Bajo 316.1 a 535: Medio bajo 535.1 a 696: Medio típico 696.1 a 845: Medio alto 845.1 a 1000: Alto
TIPOLOGÍA FAMILIAR	Es el tipo de composición que define a la unidad social básica formada alrededor de dos o más adultos que viven juntos y cooperan en actividades económicas, sociales y protectoras, en el cuidado de los hijos propios o adoptados, determinando el cambio de roles y la relación de sus integrantes.	Familiar	Definición del tipo de familia al que pertenece el adolescente mediante interrogatorio por el encuestador y elaboración de un genograma.	1. Nuclear íntegra: padre, madre e hijos 2. Monoparental: padre o la madre solo/a junto con sus hijos. 3. Familia nuclear con padres ausentes: conviven hermanos. 4. Extensa: miembros de dos o más generaciones. 5. Familia Reconstituida: dos núcleos de hijos, de distinto progenitor. 6. Ampliada: miembros distantes en su parentesco.
ASOCIACIÓN A GRUPOS SOCIALES	Pertenencia o asociación regular a un grupo social, religioso o de otra índole, cuya asociación se considere provechosa para el individuo.	Social	Asistencia regular de al menos 1 hora a la semana a alguna de las siguientes actividades.	0) Ninguno 1) Equipo deportivo 2) Grupo musical o grupo de baile 3) Grupo religioso 4. Otro.

PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Percepción del nivel de funcionamiento y dinámica familiar por el o la adolescente.	Familiar	Aplicación del test FF-SIL al adolescente	0) 70 a 57: Funcional. 1) 56 a 43: Moderadamente funcional. 2) 42 a 28: Disfuncional. 3) 27 a 14: Severamente disfuncional
MIGRACIÓN EN LA FAMILIA.	Residencia fuera del país de al menos un miembro de la familia, por más de un año por situaciones laborales.	Familiar	Interrogatorio directo mediante un formulario de recolección de datos.	0. Ninguno 1. Padre 2. Madre 3. Padre y madre 4. Hermano (a)/s 5. Otro familiar.
CONSUMO DE TABACO EN LA FAMILIA	Uso de tabaco y sus derivados por parte de miembros de la familia.	Social Familiar	Interrogatorio directo mediante un formulario de recolección de datos.	1. Leve: menos de 5 cigarrillos diarios. 2. Moderado: de 6 a 15 cigarrillos diarios. 3. Severo: fuma más de 16 cigarrillos por día.
CONSUMO DE DROGAS EN LA FAMILIA	Uso de manera regular de sustancias psicoactivas por parte de miembros de la familia.	Familiar Social	Según la percepción del adolescente, por interrogatorio directo mediante un formulario de recolección de datos.	0. No 1. Si Tipo predominante de droga 1. Marihuana 2. Cocaína 3. Inhalantes

				4. Sedantes 5. Otros
CONSUMO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA	Consumo de alcohol perjudicial o de riesgo (OMS) por parte de algún miembro de la familia, pudiendo ser el padre, la madre, ambos progenitores y otros familiares cercanos (hermanos, tíos y abuelos).	Familiar	Interrogatorio directo mediante un formulario de recolección de datos.	0. No 1. Si ¿Qué tipo de bebida alcohólica consume? ¿Qué cantidad? Uso ocasional: hasta 3 veces en los últimos 30 días, más de 5 vasos en una sola sentada, por lo menos una vez al año. Uso regular: más de 4 veces en los últimos 30 días más de 5 vasos en una sola ocasión, por lo menos una vez al año. Uso frecuente: hasta 3 veces en los últimos 30 días más de 5 vasos en una sola sentada, de 2 a 7 veces en la semana. Uso intenso: más de 4 veces en las últimas 30 días, más de 5 vasos en una sola sentada, de 2 a 7 veces en la semana.

CONSUMO DE DROGAS EN EL ENTORNO SOCIAL	Consumo de algún tipo de drogas como marihuana, cemento de contacto, cocaína, éxtasis, heroína, etc; por parte de amigos que no formen parte de la familia, y que él o la adolescente presencia.	Social	Interrogatorio directo mediante un formulario de recolección de datos.	0. No 1. Si Tipo predominante de droga 1. Marihuana 2. Cocaína 3. Inhalantes 4. Sedantes 5. Otros
CONSUMO DE TABACO EN EL ENTORNO SOCIAL	Consumo de tabaco por parte de amigos que no formen parte de la familia y que él o la adolescente presencia.	Social	Interrogatorio directo mediante un formulario de recolección de datos.	0. No 1. Si
CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ENTORNO SOCIAL	Consumo de bebidas alcohólicas por parte de amigos que no formen parte de la familia y que él o la adolescente presencia.	Social	Interrogatorio directo mediante un formulario de recolección de datos.	0. No 1. Si
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Patrón actual de consumo de sustancias psicoactivas que representan un riesgo social, económico, legal y de la salud en general dependiendo de un consumo bajo, moderado y alto.	Social	Aplicación al adolescente la prueba de Detección del patrón de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) publicada por la Organización Mundial de la Salud.	Sustancias psicoactivas 0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

Anexo 3: Consentimiento informado

Tutor o representante legal:

Su hijo(a) o representado(a) adolescente está invitado(a) a participar y colaborar en el estudio de investigación titulado “CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS Y FACTORES ASOCIADOS. HONORATO VÁSQUEZ. 2018” a cargo de la Médica Johanna Riera para la obtención de su título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que ayude a otras personas, instituciones y comunidades en el futuro.

El objetivo de este proyecto es determinar la prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, para contribuir al desarrollo de investigaciones operativas orientadas a disminuir la prevalencia de adicciones en el futuro.

Este estudio no involucrará ningún riesgo físico para su hijo(a) o representado(a), ni tampoco un costo económico; la participación se limita a proveer información, la misma que será absolutamente confidencial. Toda la información obtenida se manejará mediante códigos y se guardará en archivos bajo custodia del investigador; y de la Universidad, esta información no estará disponible para otros individuos de una forma en la cual usted o su representado(a) puedan ser identificados (as); aunque siempre puede existir algún riesgo de que ésta sea divulgada.

Los formularios de la investigación, así como también los registros que incluyan información relacionada al estudio, pueden ser copiados por las autoridades de salud o de la Universidad del Azuay con el fin de asegurar la calidad de los datos y el análisis de la información.

Por favor, tómese su tiempo para decidir y pida al personal del estudio explicación sobre cualquier palabra o información que no entienda, la participación en este proyecto de investigación es voluntaria y puede negarse o desertar en cualquier momento.

Si usted autoriza la participación de su hijo (a) o representado (a) en este estudio, solicito poner su nombre y número de cédula.

Yo, _____ portador (a) de la Cédula de Identidad N°: _____, en calidad de representante del o la adolescente: _____ declaro que tanto yo como la persona a mi cargo hemos sido informados sobre el objetivo y los alcances del estudio realizado por la Médica Johanna Riera, y que han sido aclaradas todas nuestras dudas.

Comprendiendo los riesgos y beneficios, firmo voluntariamente este consentimiento, en señal de mi aprobación.

• Autorizo a _____ participar en el proyecto de investigación.

No autorizo a _____ participar en el proyecto de investigación.

Lugar.....Fecha.....

Firma.....

Anexo 4: Consentimiento informado

Estudiante mayor de edad:

Usted está invitado(a) a participar y colaborar en el estudio de investigación titulado “CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS Y FACTORES ASOCIADOS. HONORATO VÁSQUEZ. 2018” a cargo de la Médica Johanna Riera para la obtención de su título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que ayude a otras personas, instituciones y comunidades en el futuro.

El objetivo de este proyecto es determinar la prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, para contribuir al desarrollo de investigaciones operativas orientadas a disminuir la prevalencia de adicciones en el futuro.

Este estudio no involucrará ningún riesgo físico para usted, ni tampoco un costo económico; la participación se limita a proveer información, la misma que será absolutamente confidencial. Toda la información obtenida se manejará mediante códigos y se guardará en archivos bajo custodia del investigador; y de la Universidad, esta información no estará disponible para otros individuos de una forma en la cual usted pueda ser identificado (a); aunque siempre puede existir algún riesgo de que ésta sea divulgada.

Los formularios de la investigación, así como también los registros que incluyan información relacionada al estudio, pueden ser copiados por las autoridades de salud o de la Universidad del Azuay con el fin de asegurar la calidad de los datos y el análisis de la información.

Por favor, tómese su tiempo para decidir y pida al personal del estudio explicación sobre cualquier palabra o información que no entienda.

La participación en este proyecto de investigación es voluntaria y puede negarse o desertar en cualquier momento.

Para formalizar su participación en éste estudio, firme a continuación:

Yo, _____ portador (a) de la Cédula de Identidad N°: _____: declaro que, he sido informado (a) sobre los objetivos y alcances del estudio de investigación “Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en adolescentes escolarizados” y han sido aclaradas todas mis dudas. Voluntariamente acepto participar en la investigación propuesta por la Médica Johanna Riera, a quien le daré la información a mí solicitada.

Lugar y Fecha: _____, _____ del mes de _____ del año _____

Firma: _____

Anexo 5: Asentimiento informado

Adolescente participante:

Usted está invitado(a) a participar en el estudio de investigación titulado “CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS Y FACTORES ASOCIADOS. HONORATO VÁSQUEZ. 2018” a cargo de la Médica Johanna Riera para la obtención de su título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que pueden ayudar a otras personas, instituciones y comunidades en el futuro.

El objetivo de este estudio es, determinar la prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, para contribuir al desarrollo de investigaciones operativas orientadas a disminuir la prevalencia de adicciones en el futuro.

Participar en el estudio significa **proveer información, no involucrará ningún riesgo físico ni gasto económico**. La información que usted proporcione es **absolutamente confidencial**; toda la información obtenida se manejará mediante códigos y se guardará en archivos bajo custodia del investigador; y de la Universidad.

Debe saber que por ley solicité a un adulto responsable que consienta su participación en esta investigación, por ser menor de edad, pero que ese consentimiento no lo obliga a usted a participar; sigue siendo libre de decidir si lo hace o no.

USTED TIENE DERECHO A NEGARSE A PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN O A RETIRARSE DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO.
--

Para formalizar su participación en éste estudio, firme a continuación:

Yo, _____ acepto participar en la investigación propuesta por la Médico Johanna Riera, a quien le daré la información a mí solicitada.

Lugar y Fecha: _____, a _____ del mes de _____ del año _____

Firma: _____

CI: _____

Anexo 6:



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS Y FACTORES ASOCIADOS.

HONORATO VÁSQUEZ. 2018

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA: ___ de _____ de 2018 **TELÉFONO:** _____

ENCUESTA N° _____ **CÓDIGO:** _____

I. DATOS GENERALES:

1. **Instrucción:** _____ año que cursa actualmente 2. **Edad:** __ años

3. **Sexo:** 1). Masculino: _____ 2). Femenino: _____

4. **Residencia:** 1). Urbano: _____ 2). Rural: _____

5. **Etnia:** 1) Mestizo(a) __ 2) Indígena __ 3) Blanco(a) __ 4) Afrodescendiente__
5) Otra__

II. FACTORES ASOCIADOS

6. ¿Qué miembro de su familia se fue en busca de trabajo a otro país, por más de un año y se encuentra ausente hasta el momento? Señalar más de uno si corresponde.

- 0) Ninguno
- 1) Padre
- 2) Madre
- 3) Hermano(a)/s
- 4) Otro especifique: _____

7. ¿Pertenece algún grupo social al que asiste por lo menos una vez por semana?

- 0) Ninguno
- 1) Equipo deportivo
- 2) Grupo musical o grupo de baile
- 3) Grupo religioso
- 5) Otro especifique: _____

8. ¿Tiene amigos que consumen alcohol? 0) No 1) Si

9. ¿Tiene amigos que fuman cigarrillos? 0) No 1) Si

10. ¿Tiene amigos que consumen algún tipo de drogas como marihuana, cemento de contacto, cocaína, éxtasis, heroína, etc?

0) o 1) i Si la respuesta afirmativa, señale el tipo predominante de droga que consume sus amigos:

- 1. Marihuana
- 2. Cocaína
- 3. Inhalantes
- 4. Sedantes
- 5. Otros

11. ¿Usted mira a algún miembro de la familia consumir alcohol?

<p>0) No <input type="checkbox"/></p> <p>1) Si <input type="checkbox"/></p>	<p>En el caso de responder si, indique:</p> <p>¿Qué integrante de su familia?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Padre 2. Madre. 3. Padre y madre. 4. Hermanos. 5. Padre, madre y/o hermanos 6. Cuidador(a) 7. Otros 	<p>¿Con qué frecuencia su familiar o familiares consumen alcohol más de 5 vasos en una sola sentada?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 3 veces al mes o menos. 2) Más de 4 veces al mes. 3 Menos de 3 veces en el mes ha bebido 2 a 7 veces por semana. 4) Más de 4 veces en el mes ha bebido 2 a 7 veces por semana.
---	--	---

12. ¿Algún miembro de la familia fuma?

0) No <input type="checkbox"/> 1) Si <input type="checkbox"/>	En el caso de responder si, indique: ¿Qué integrante de su familia? 1. Padre 2. Madre. 3. Padre y madre. 4. Hermanos. 5. Padre, madre y/o hermanos 6. Cuidador(a) 7. Otros	¿Con qué frecuencia su familiar o familiares fuman? 1) Menos de 5 cigarrillos al día 2) De 6 a 15 cigarrillos al día 3) Más de 16 cigarrillos al día
--	---	---

13. ¿Algún miembro de la familia consume drogas (marihuana, cemento de contacto, cocaína, éxtasis, heroína, etc)? 0) No 1) Si

Si la respuesta afirmativa, señale el tipo predominante de droga que consume su familiar

1. Marihuana
2. Cocaína
3. Inhalantes
4. Sedantes
5. Otros

Elaborado por: Md. Johanna Riera

Anexo 7:

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS
Y FACTORES ASOCIADOS. HONORATO VÁSQUEZ. 2018

LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS
(OMS ASSIST V3.0)

Pregunta 1

1) A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Sin que un médico lo haya recomendado)	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		
c. Cannabis (marihuana, hierba, <u>gansha</u> , <u>maracachafa</u> etc.)		
d. Cocaína (coca, polvo, crack, base, etc.)		
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)		
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (<u>valium/diazepam</u> , <u>Alprazolam/Xanax</u> , <u>Lorazepam</u> , <u>Rohipnol</u> , etc.)		
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, <u>ketamina</u> , PCP, etc.)		
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, <u>dolantina/petidina</u> , etc)		
j. Otros - especifique:		

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido cada una de las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, <u>maracachafa</u> , etc.)					
d. Cocaína (coca, polvo, crack, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (<u>speed</u> , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (<u>valium/diazepam</u> , <u>Alprazolam/Xanax</u> , <u>Lorazepam</u> , <u>Rohipnol</u> , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, <u>ketamina</u> , PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, etc.)					

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (aquellas sustancias que consumió en los últimos 3 meses, registradas en la pregunta 2)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, <u>gansha</u> , <u>maracachafa</u> , etc.)					
d. Cocaína (coca, polvo, crack, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (<u>speed</u> , éxtasis, píldoras adelgazantes, energizantes, etc.)					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (<u>valium/diazepam</u> , <u>Alprazolam/Xanax</u> , <u>Lorazepam</u> , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, <u>ketamina</u> , PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, etc.)					
j. Otros - especifique:					

Pregunta 4

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo (de cada una de las sustancias registradas en la pregunta 2) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, <u>gansha</u> , <u>maracachafa</u> , etc.)					
d. Cocaína (coca, polvo, crack, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (<u>speed</u> , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (<u>valium/diazepam</u> , <u>Alprazolam/Xanax</u> , <u>Lorazepam</u> , <u>Rohipnol</u> , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, <u>ketamina</u> , PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, etc.)					
j. Otros - especifique:					

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (aquellas sustancias que consumió en los últimos 3 meses, registradas en la pregunta 2)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, <u>gansha</u> , <u>maracachafa</u> , etc.)					
d. Cocaína (coca, polvo, crack, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (<u>speed</u> , <u>éxtasis</u> , <u>píldoras adelgazantes</u> , etc.)					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (<u>valium/diazepam</u> , <u>Alprazolam/Xanax</u> , <u>Lorazepam</u> , <u>Rohipnol</u> , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, <u>ketamina</u> , PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, etc.)					
j. Otros - especifique:					

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (aquellas sustancias que consumió por lo menos una vez en la vida, registradas en la pregunta 1)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)			
c. Cannabis (marihuana, hierba, <u>gansha</u> , <u>maracachafa</u> , etc.)			
d. Cocaína (coca, polvo, crack, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (<u>speed</u> , <u>éxtasis</u> , <u>píldoras adelgazantes</u> , etc.)			
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc)			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (<u>valium/diazepam</u> , <u>Alprazolam/Xanax</u> , <u>Lorazepam</u> , <u>Rohipnol</u> , etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, <u>ketamina</u> , PCP, etc.)			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, <u>dolantina</u> , etc.)			
j. Otros - especifique:			

Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (aquellas sustancias que consumió por lo menos una vez en la vida, registradas en la pregunta 1) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)			
c. Cannabis (marihuana, hierba, <u>gansha</u> , <u>maracachafa</u> , etc.)			
d. Cocaína (coca, polvo, crack, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (<u>speed</u> , <u>éxtasis</u> , <u>píldoras adelgazantes</u> , etc.)			
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc)			
g. <u>Tranquilizantes</u> o pastillas para dormir (<u>valium/diazepam</u> , <u>Alprazolam/Xanax</u> , <u>Lorazepam</u> , <u>Rohipnol</u> , etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, <u>ketamina</u> , PCP, etc.)			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, etc.)			
j. Otros - especifique:			

Pregunta 8

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (UNICAMENTE PARA USOS NO MEDICOS)	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, habanos, tabaco de mascar, <u>pipa</u> , etc.)			

Cada una de las sustancias	Suma pregunta 2 a 7
a	
b	
c	
d	
e	
f	
g	
h	
i	
j	

Elaborado por: el autor

Fuente: OMS, 2011. Validado por Sainz MT, Rosete-Mohedano MG, Rey GN, Vélez NAM, García SC, Cisneros DP. ADICCIONES, 2016 · Vol. 28 NÚM. 1 · PÁGS. 19-27

Anexo 8

TEST DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Código: _____ Lugar y Fecha: _____, __ de _____ de 2018

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

Elaborado por: el autor

Fuente: Ortega, De la Cuesta y Días, 1999

Puntaje: _____

10.9 Anexo 9.

ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar		
Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de las siguientes preguntas:		
Características de la vivienda		Puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo		59
Cuarto(s) en casa de inquilinato		59
Departamento en casa o edificio		59
Casa/Villa		59
Mediagua		40
Rancho		4
Choza/ Covacha/Otro		0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón		59
Ladrillo o bloque		55
Adobe/ Tapia		47
Caña revestida o bahareque/ Madera		17
Caña no revestida/ Otros materiales		0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante		48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón		46
Ladrillo o cemento		34
Tabla sin tratar		32
Tierra/ Caña/ Otros materiales		0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar		0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha		12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha		24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha		32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene		0
Letrina		15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada		18
Conectado a pozo ciego		18
Conectado a pozo séptico		22
Conectado a red pública de alcantarillado		38
Acceso a tecnología		Puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No		0
Sí		45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No		0
Sí		35
3 ¿Tiene computadora portátil?		
No		0
Sí		39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar		0
Tiene 1 celular		8
Tiene 2 celulares		22
Tiene 3 celulares		32
Tiene 4 ó más celulares		42
Posesión de bienes		Puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No		0
Sí		19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No		0
Sí		29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No		0
Sí		30
4 ¿Tiene lavadora?		
No		0
Sí		18

5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No		0
Sí		18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar		0
Tiene 1 TV a color		9
Tiene 2 TV a color		23
Tiene 3 ó más TV a color		34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar		0
Tiene 1 vehículo exclusivo		6
Tiene 2 vehículo exclusivo		11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos		15
Hábitos de consumo		Puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No		0
Sí		6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No		0
Sí		26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No		0
Sí		27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No		0
Sí		28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No		0
Sí		12
Nivel de educación		Puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios		0
Primaria incompleta		21
Primaria completa		39
Secundaria incompleta		41
Secundaria completa		65
Hasta 3 años de educación superior		91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)		127
Post grado		171
Actividad económica del hogar		Puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No		0
Sí		39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No		0
Sí		55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas		76
Profesionales científicos e intelectuales		69
Técnicos y profesionales de nivel medio		46
Empleados de oficina		31
Trabajador de los servicios y comerciantes		18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros		17
Oficiales operarios y artesanos		17
Operadores de instalaciones y máquinas		17
Trabajadores no calificados		0
Fuerzas Armadas		54
Desocupados		14
Inactivos		17

Elaborado por: El autor

Fuente: INEC

10.10 Anexo 10



**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS Y FACTORES ASOCIADOS.
HONORATO VÁSQUEZ. 2018**

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

FECHA: ___ de _____ de 2018

ENTREVISTA N° _____

CÓDIGO: _____

I. DATOS GENERALES:

1. Instrucción: _____ año que cursa actualmente

2. Fecha de nacimiento: día/ mes/ año

3. Estructura Familiar:

- 0) Nuclear íntegra
- 1) Monoparental
- 2) Nuclear con padres ausentes.
- 3) Extensa
- 4) Reconstituida.
- 5) Ampliada

Elaborado por: el autor.

Tabla N° 10. Edad de adolescentes escolarizados. Honorato Vásquez. 2018

		Frecuencia n=203	Porcentaje %=100
Edad*	10	32	15,8
	11	30	14,8
	12	22	10,8
	13	15	7,4
	14	13	6,4
	15	18	8,9
	16	33	16,3
	17	27	13,3
	18	13	6,4
	Total	203	100,0

*Media = 13.70 años (± 2.69).

Fuente: base de datos

Elaborado por: el autor

		Consumo Psicoactivos				Consumo alcohol		Consumo tabaco		Consumo cannabis		Consumo cocaína	
		si	no	si	no	si	no	si	no	Si	no		
		n=118	n=85	n=102	n=101	n=77	n=126	n=43	n=160	n=17	n=186		
Edad	10	16	16	14	18	2	30	0	32	0	32		
	11	9	21	6	24	3	27	0	30	0	30		
	12	14	8	14	8	9	13	2	20	0	22		
	13	8	7	5	10	5	10	4	11	0	15		
	14	8	5	8	5	0	13	0	13	0	13		
	15	10	8	8	10	8	10	4	14	2	16		
	16	20	13	17	16	17	16	11	22	3	30		
	17	22	5	22	5	22	5	17	10	9	18		
	18	11	2	8	5	11	2	5	8	3	10		

*Media = 13.70 años (± 2.69).

Fuente: base de datos

Elaborado por: el autor

Md. Johanna Isabel Riera Quinde

Firma del maestrante

Dr. José Patricio Beltrán Carreño

Firma del director sugerido