



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

Departamento de Posgrado

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes escolarizados de la parroquia solano y los factores psicosociales asociados, 2018

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

Autora:

Dra. Miryan Mercedes Naula Naula

Director:

Dr. Alberto Quezada Ramón

Cuenca-Ecuador

2019

Dedicatoria

A mi familia especialmente a mis hijos Manuel y Salome que son el pilar fundamental de mi vida así como a mi madre que con su ejemplo y perseverancia me enseñó el esfuerzo y constancia para cumplir mis metas.

Miryan Mercedes Naula Naula

Agradecimiento

Agradezco a Dios que me ha permitido realizar este trabajo y cumplir una meta más trazada en mi vida.

A mi familia especialmente a mis hijos Manuel y Salome que son los que soportaron y entendieron mis ausencias y son mi mayor motivación.

A mi madre que con su apoyo y amor incondicional me lleno de valores y me enseñó la importancia del sacrificio para el lograr cumplir mis sueños y aspiraciones

Agradezco a las instituciones educativas San Sebastián, Honorato Vásquez, Escuela Guayaquil que colaboraron para realizar este trabajo de investigación.

Agradezco al doctor Alberto Quezada tutor de este trabajo de investigación por su dedicación y colaboración

Resumen

Antecedentes: El consumo de alcohol, tabaco y marihuana en los adolescentes de los centros educativos y los factores psicosociales asociados como la tipología y funcionalidad familiar, la presión de los pares, el bienestar físico, psicológico y emocional, así como las causas y consecuencias, son fenómenos escasamente estudiados en el país, por lo cual es imperativo investigarlos para brindar soluciones a esta problemática.

Objetivo general: Determinar los factores psicosociales asociados al consumo de alcohol, tabaco y marihuana en los adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, 2018.

Diseño metodológico: Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal para determinar los factores psicosociales, como el índice de bienestar general, la tipología, funcionalidad familiar y la presión de pares, que están asociado al consumo, para lo cual se determinó la frecuencia, porcentaje, chi cuadrado y Odds Ratio.

Instrumento: test de AUDIT, escala de la presión de pares, Fagerström, FF-SIL, tipología familiar y la escala de Índice de Bienestar General WHO -5 WBI

Universo y muestra: Adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, 2018, con un total de 181. El universo se corresponde con la muestra.

Resultados: Los factores psicosociales con significancia estadística son: El Índice de Bienestar General WHO- 5 con un valor de $P=0,05$, y un IC=0,08(0,92-1,77); la Funcionalidad Familiar con un valor de $P=0,02$, y un IC=1,09(0,29-1,54); y la Tipología familiar (familia monoparental) con un valor de $P=0,01$ y un IC= 0,005(0,52-0.64).

Conclusiones: El Índice de Bienestar General, la funcionalidad y tipología familiar están asociados al consumo de alcohol; los demás factores estudiados muestran una correlación escasa.

Palabras clave: Consumo, alcohol, tabaco, marihuana, factores psicosociales, adolescentes.

Abstract

Background: The consumption of alcohol, tobacco and marijuana in adolescents of educational centers and associated psychosocial factors such as family typology and functionality, peer pressure, physical, psychological and emotional well-being, as well as causes and consequences, are phenomena barely studied in the country. Therefore, it is imperative to investigate them to provide solutions to this problem.

General objective: To determine the psychosocial factors associated with the consumption of alcohol, tobacco and marijuana in school-aged adolescents in Solano, 2018.

Methodology: A quantitative cross-sectional study was carried out to determine the psychosocial factors, such as the index of general well-being, typology, family functionality and peer pressure, which are associated with consumption. Thus, frequency, percentage, chi square and Odds Ratio were determined.

Instrument: AUDIT test, peer pressure scale, Fagerström, FF-SIL, family typology and the General Welfare Index scale WHO -5 WBI.

Population and sample: Schoolchildren from Solano, 2018 with a total of 181 participants. The population corresponds to the sample.

Results: The psychosocial factors with statistical significance were: The WHO-5 General Welfare Index with a value of $P = 0.05$, and an IC = 0.08 (0.92-1.77); Family Functionality with a value of $P = 0.02$, and an IC = 1.09 (0.29-1.54); and Family typology (single-parent family) with a value of $P = 0.01$ and an IC = 0.005 (0.52-0.64).

Conclusions: The General Welfare Index, the functionality and family typology are associated with alcohol consumption. The other factors studied show a low correlation.

Keywords: Consumption, alcohol, tobacco, marijuana, psychosocial factors, adolescents.


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
Dpto. Idiomas


Translated by

Mg. Magali Arteaga

Índice

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
Resumen.....	4.
.....	4
Abstract.....	5
Índice	6
Capítulo I.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Justificación.....	2
1.3 Problemática	3
CAPITULO II.....	4
2.1 Fundamento teórico	4
2.1.1 Concepto de adolescencia.....	4
2.1.2 Adolescencia temprana	4
2.1.3. La adolescencia tardía (15 a 19 años).....	4
2.1.4 Definición de alcohol	6
2.1.5. Bebida estándar de alcohol	6
2.1.6 Fermentación alcohólica	6
2.1.7 Destilación alcohólica	6
2.1.9 Consumo de alcohol.	7
2.1.10 Consumo de riesgo.	7
2.1.11 Factores de riesgo que Influyen en el Consumo de Alcohol.	8
2.1. 12 Concepto de Familia	9
2.1.13 Funciones de la familia	10
2.1.14 Estructura familiar	10
2.1.15-Dinámica Familiar.....	11
2.1.16 Ciclo vital Familiar.....	11
2.1.17 Funcionalidad y disfuncionalidad familiar.....	11
2.1.18 Test de percepción de Funcionalidad Familiar	11
2.1.19 Tabaquismo en la adolescencia.....	12
2.1.20-Tipos de fumadores:.....	12
2.2.21 Adolescencia y Consumo de Tabaco.	12
CAPITULO III.....	13
3.1 Objetivos de la investigación	13
3.1.1 Objetivo general:	13

3.1.2 Objetivos específicos:	13
3.3.3 Hipótesis	13
CAPITULO IV	14
4. Diseño Metodológico	14
4.1. Tipo de estudio	14
4.2 Área de estudio	14
4.3 Universo y Muestra	14
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	14
4.4.1 Criterios de inclusión	14
4.4.2 Criterios de exclusión	14
4.5 Métodos, técnicas e instrumentos	15
4.6 Plan de tabulación y análisis de la información	17
4.7 Relación de variables	17
4.8 Operacionalización de las variables	17
4.9 Procedimiento para garantizar los aspectos éticos	19
4.10 Recursos humanos y materiales	19
4.10.1 Recursos Humanos:	19
4.10.2 Recursos Materiales	20
4.10.3 Cronograma de actividades	20
CAPÍTULO V	21
5 Resultados	21
5.1 Análisis de los resultados	21
CAPÍTULO VI	33
6. Discusión	33
CAPITULO VII	38
7.1. Conclusiones	38
7.2 Recomendaciones	39
CAPITULO VIII	40
Bibliografía	40
CAPITULO IX	45
Anexos	45

Capítulo I

1.1 Introducción

El problema del consumo del alcohol en los adolescentes es un problema de salud pública, multicausal y según las estadísticas actuales indican que su consumo se produce cada vez a edades más tempranas y con mayor frecuencia e intensidad, provocando daños a nivel biológico con afectación de diferentes órganos como: hígado, estómago, páncreas y cerebro que resultan los más afectados, con incremento de las enfermedades gastrointestinales, neurológicas y psiquiátricas. Al ser la adolescencia una etapa de transición, de exposición al riesgo en la búsqueda de experimentación de nuevas conductas, sensaciones y emociones, el adolescente en su afán de integrarse a la sociedad experimenta el hábito social del consumo de alcohol que al iniciarse en edades tempranas incrementa las posibilidades de dependencia en la edad adulta además de causar otros problemas como adicciones a otras sustancias psicoactivas, accidentes de tránsito, muertes violentas, enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual, embarazos en adolescente, dificultades académicas y problemas familiares. (Pons & Buelga, 2011).

Según la OMS, 2015, el consumo de alcohol es un problema de salud pública siendo la primera causa de accidentes de tránsito y la tercera causa de muerte en el mundo.

La OMS en el 2013 indicó que el Ecuador ocupa el segundo lugar en América Latina con mayor consumo de bebidas alcohólicas.

Según el CONSEP (2014) el 20% de los estudiantes entre 12 y 17 años consume alcohol ocasionalmente que corresponde a 1 de cada 5 estudiantes.

En Ecuador un estudio realizado por el Programa Educativo de Psicología y Salud (PROEPS, 2010) en la que se encuestaron a 1200 estudiantes de 42 colegios de la ciudad de Quito, se encontró que el 59% consume alcohol de una manera excesiva e iniciaron su consumo desde los 10 años de edad.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, (2014), informó que los adolescentes entre 12 y 18 años probaron por primera vez alcohol con el consentimiento de sus familiares en un 2,5% de los 912 mil ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas.

El consumo de alcohol es multicausal determinándose que la funcionalidad familiar alterada tiene una relación negativa en el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol. En un estudio realizado en el colegio Ezequiel Cárdenas de la parroquia Guapán, Azogues, se demostró que el 71,7% de adolescentes de familias funcionales y el 82,2% de adolescentes de familias disfuncionales consumen alcohol,

Según el Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP-2013), el consumo de tabacos en etapa estudiantil asciende al 54,36%.

Esta investigación sobre los factores psicosociales asociados al consumo de alcohol, tabaco y marihuana, se enfocará en el estudio de edad, género, etapa de la adolescencia, estructura familiar, función familiar, resistencia a la presión de los amigos, bienestar general del adolescente, lo que permitirá diseñar programas de intervención con las familias para la prevención del consumo y disminuir así sus efectos nocivos sobre la salud de la población. La información se difundirá en establecimientos de salud y educación a través de todos los medios de comunicación posibles, guardando siempre la confidencialidad de los participantes.

Para cumplir con los objetivos de esta investigación que fueron determinar la frecuencia del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en los adolescentes escolarizados de la parroquia de Solano, y los factores psicosociales asociados se acudió a los establecimientos educativos que participaron en la investigación que fueron : la Unidad Educativa San Sebastián, la escuela Honorato Vázquez y la Escuela Guayaquil ,en la que los adolescentes participantes previo a su asentimiento informado y el consentimiento de sus padres procedieron de forma voluntaria a llenar los cuestionarios con los test respectivos luego se procedió al análisis estadístico de los datos.

1.2 Justificación

El alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo en los adolescentes que en su afán de experimentar nuevas conductas, sensaciones, emociones, exposición al riesgo, lo convierte en la población más vulnerable a su consumo. (Pons & Buelga 2011)

El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas como el tabaco y la marihuana en la adolescencia está causada por múltiples factores siendo uno de los principales el ambiente familiar del adolescente, por lo que el poco apoyo familiar tiene mayor probabilidad de consumo, además el consumo de alcohol puede ser la puerta de entrada al consumo de otras sustancias psicoactivas como la marihuana y la cocaína.

El ambiente familiar y el consumo de tabaco y alcohol es inversamente proporcional, a medida que el consumo aumenta, las relaciones familiares se ven afectadas

La investigación planteada contribuirá a elaborar programas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, considerando que la adolescencia es una etapa esencial en el desarrollo de una persona ya que se configura el ámbito cognitivo, físico y social, si durante su desarrollo no se adquieren hábitos saludables y se potencia el consumo de dichas sustancias aumentaran las probabilidades de seguir los mismos patrones de conducta en la etapa adulta.

Los resultados del estudio ayudaran a crear una mayor conciencia en los adolescentes y cuando uno de estos tenga problemas con el consumo de estas sustancias se les podrá asesorar más adecuada e íntegramente además permitirán diseñar programas eficaces de intervención con las familias para la prevención del consumo y disminuir sus efectos negativos.

Así mismo el conocer cuáles son los factores psicosociales que están asociados al consumo de estas sustancias nos permitirá entender la influencia que tienen en su consumo y su relación con las conductas de riesgo que toman los adolescentes, para enfocar de una manera eficiente los planes de intervención biopsicosociales elaborados con el fin de disminuir su incidencia y prevalencia y potenciar los factores de protección frente a esta problemática.

1.3 Problemática

El consumo de alcohol en los adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial y está relacionado con múltiples causas a nivel familiar, social, cultural y el estado psicológico del adolescente (Pons & Buelga, 2011)

Los adolescentes son un grupo vulnerable al consumo de alcohol que puede darse por la presión de los pares, curiosidad, experimentación de sensaciones nuevas, conducta impulsiva, malestar emocional, falta de autocontrol lo que le llevará además al inicio en el consumo de otras sustancias psicoactivas como , tabaco y marihuana(Moral , M, 2010)

El consumo de alcohol durante la adolescencia predispone al consumo y adicción en la atapa adulta, considerando que habrá una mayor predisposición de adquirir este hábito, cuanto más temprano se inicie en el consumo de alcohol y otras drogas (Cortez, M, 2016).

El propósito de esta investigación es determinar cuáles son los factores psicosociales asociados al consumo de alcohol, tabaco y marihuana en los adolescentes escolarizados de la parroquia Solano.

Siendo el consumo de alcohol de causa multifactorial es importante centrarse en los factores biopsicosociales para realizar programas sociales de prevención para un sano crecimiento y desarrollo de los adolescentes. (Pérez, C, Uzcategui, 2015).

Esto ha motivado a formularse las siguientes preguntas para desarrollar la investigación:

¿Cuál es la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y marihuana en los adolescentes escolarizados de la parroquia Solano?

¿Existe relación entre los factores psicosociales como bienestar emocional general, influencia de los pares y la funcionalidad y tipología familiar con el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en los adolescentes escolarizados de la parroquia de Solano?

Este trabajo de investigación permitirá crear programas de prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de acuerdo a condiciones socioculturales y realidades locales, con la participación interinstitucional de centros educativos, gobiernos locales, unidades de salud, informándoles las consecuencias adictivas de estas sustancias y los perjuicios que causan a la salud y lograr así una mayor cobertura y efectividad de estos programas. (CONSEP 2012)

CAPITULO II

2.1 Fundamento teórico

2.1.1 Concepto de adolescencia

Concepto

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere” del verbo adolecer que tiene dos significados, tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración.

La UNICEF (2011) clasifica a la adolescencia en temprana y tardía

-Adolescencia temprana de 10 a 14 años.

-Adolescencia tardía de 15 a 19 años

Se calcula que en el mundo hay 1200 millones de jóvenes de entre 10 y 19 años de edad

2.1.2 Adolescencia temprana

Comienza de los 10 a los 14 años de edad, se dan cambios físicos manifestados por aceleración del crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias, que pueden causar entusiasmo o ansiedad al adolescente.

Según investigaciones neurocientíficas, en la adolescencia temprana, el número de células cerebrales puede duplicarse y las redes neuronales se reorganizan para adaptarse a los cambios físicos, emocionales y mentales

En la adolescencia temprana se desarrolla el lóbulo frontal encargado del razonamiento y toma de decisiones que en las mujeres que entran en la pubertad se desarrollan de 12 a 18 meses antes que los varones, por lo que las niñas se desarrollan antes que los varones además tienen mayor conciencia de su género y pueden sentirse confundidos con su identidad personal y sexual y adoptan su conducta a las normas que observan.

La corteza pre frontal es el área en donde se dan las mayores remodelaciones y cambios de la adolescencia, la inmadurez en la arquitectura del cerebro permite que el adolescente presente una alta impulsividad y este disminuida su inhibición.

El sistema límbico subcortical con el estriado, el núcleo accumbens o la amígdala, son las responsables del sistema de recompensa, de buscar estímulos placenteros, que incrementan su actividad en la adolescencia, sabiendo que la maduración de este sistema se da antes que la corteza pre frontal que es la encargada de la toma de decisiones, la planificación y la inhibición de conductas impulsivas. El desequilibrio entre la áreas maduras que buscan la recompensa y las áreas inmaduras de la corteza pre frontal que inhiben este impulso, esto provoca que los adolescentes adopten conductas de alto riesgo con estímulos novedosos.

La inmadurez de la arquitectura del cerebro adolescente lo dota de una elevada impulsividad y baja inhibición lo que provoca que el adolescente inicie el consumo de alcohol (Cortez, M, 2016). En la adolescencia se dan cambios biológicos, psicológicos y sociales, que favorecen la independencia emocional y psicológica del adolescente que aprende a entender y a vivir en la sociedad.

2.1.3. La adolescencia tardía (15 a 19 años)

La capacidad del pensamiento analítico y reflexivo aumenta, adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus opiniones, el cerebro continuo reorganizándose y desarrollándose, las opiniones de sus pares tienen importancia al inicio de esta etapa luego disminuye

En esta etapa de la adolescencia cuando experimentan un comportamiento adulto, pueden ser temerarios que va disminuyendo a medida que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes, El consumo de alcohol y cigarrillo se inicia en la adolescencia temprana y se prolonga a la adolescencia tardía e incluso a la edad adulta, 1 de cada 5 adolescentes entre 13 y 15 años fuma y la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo por al menos 15 años con las consecuencia serias que pueden afectar al cerebro de forma permanente por el excesivo uso de drogas(UNICEF, 2011)

Cada adolescente tiene variaciones en la edad de inicio de la pubertad, el estirón puberal, la edad de la menarquia o espermarquia y también existe diferencias entre varones y mujeres, además los aspectos biológicos influyen en el desarrollo psicológico.

Cuando hay momentos de estrés en la adolescencia pueden ocurrir retrocesos o estancamientos por lo que se considera que la adolescencia no es un proceso continuo y uniforme y los aspectos biológicos, psicológicos y sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo (2.-Guemes 2017)

En la adolescencia se dan 4 niveles de pensamiento abstracto: a los 10 años el niño entiende conceptos individuales abstractos como moralidad y sociedad, a los 15 años el adolescente entiende y relaciona dos o más conceptos abstractos y percibe ambigüedades y contradicciones. A los 20 años el cerebro coordina diferentes abstracciones y empieza a resolver contradicciones, siendo necesario que los profesores, padres de familia etc., estimulen a los jóvenes a ejercitar su pensamiento analítico y abstracto (UNICEF, 2011)

El alcohol en la adolescencia es la droga legal de inicio y su consumo es un factor de riesgo para involucrarse con otras sustancias ilícitas, especialmente la marihuana y la cocaína.

Además el alcohol actualmente es considerado como una sustancia socialmente aceptada que permite la socialización en los adolescentes .El inicio temprano del consumo de alcohol y el consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de trastornos por consumo de alcohol durante toda la vida(Moore,2018)

Según la teoría del desarrollo de la personalidad de Erikson el ser humano va cambiando, en la adolescencia se moldea la identidad luego de aciertos, fracasos, confusiones y logra así su identidad sexual, vocacional, ideológica, política. La sociedad y la familia deben entender y apoyar positivamente la búsqueda de identidad del adolescente, debido a que la identidad se construye desde adentro, esto es lo que siento que soy, y desde afuera esto es lo que dices que soy (Armas ,N, 2007)

El consumo de alcohol en los adolescentes está asociado con:

- Neurotoxicidad por inflamación cerebral que modifica irreversiblemente ciertas áreas cerebrales del adolescente.
- Neurotoxicidad que desencadena alteraciones cognitivas en la memoria y el aprendizaje.
- El consumo de alcohol está asociada con el consumo de otras sustancias legales o ilegales.
- Está relacionada con accidentes de tránsito que constituyen una de las primeras causas de muerte entre los jóvenes de 18 a 30 años de edad.
- El consumo de alcohol está relacionada con disminución del rendimiento escolar.

- La plasticidad sináptica en las diferentes zonas cerebrales con alteración de la atención, memorización y aprendizaje a corto y largo plazo se ve afectado por el consumo de alcohol de los fines de semana-
- La muerte y daño de células neuronales de ciertas regiones cerebrales se desencadena por la administración intermitente de alcohol durante la adolescencia y puede predisponer a un posterior consumo y abuso de alcohol. (Cortez, 2016)

2.1.4 Definición de alcohol

El alcohol es un compuesto orgánico derivado de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (OH). El etanol (C₂H₅OH) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas (Organización Mundial de la salud OMS 1994)

El etanol es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, soluble en agua y miscible en cloroformo y éter, Es hidrosoluble y 30 veces menos liposoluble.

Un gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 Kcal. Que no tienen aporte nutritivo como vitaminas, proteínas y minerales (Álvarez 2001)

Desde hace mucho tiempo las bebidas alcohólicas han formado parte en la vida del ser humano, su uso es más frecuente para celebraciones, fiestas, o simplemente por gusto. Las bebidas alcohólicas se las define como: todas las bebidas que por diversos procedimientos (fermentación, destilación, adición, extracción, etc.) presentan en su composición más de 0,5% de alcohol" (Gil, 2010).

El alcohol se absorbe en el estómago e intestino delgado al torrente sanguíneos y es un depresor del Sistema nervioso central.

2.1.5. Bebida estándar de alcohol

Una bebida estándar de alcohol equivale a 0,6 onzas de etanol puro, 12 onzas de cerveza, 8 onzas de licor de malta, 5 onzas de vino, 1,5 onzas de tequila, ron, vodka o el whisky (National Institute on Drug Abuse NIDA, 2013).

Las bebidas alcohólicas se clasifican de acuerdo al proceso de preparación al que se sometan.(OMS 1994)

2.1.6 Fermentación alcohólica

Es un proceso en el que intervienen enzimas microbianas que degradan las sustancias orgánicas, acompañadas de desprendimientos gaseosos (vino, cerveza).

La cerveza es una bebida fermentada y espumosa ,para su fabricación se emplean carbohidratos como malta, cebada, trigo, arroz, maíz desengrasado, almidón de trigo o de maíz, azúcar y se añaden levaduras.

2.1.7 Destilación alcohólica

Consiste en separar los componentes de una mezcla líquida mediante vaporización y condensación, obteniéndose licores de mayor contenido alcohólico como el whisky, ron, vodka, coñac, ginebra, vermouth

Obtención del alcohol etílico.

Las principales materias primas para fabricar el alcohol etílico son los cereales como la cebada, el maíz, la harina de tapioca, la patata, además existen otras materias primas ricas en hidratos de carbono como la remolacha, caña de azúcar, madera.

2.1.8 Unidad de Bebida Estandar (UBE)

Para calcular los gramos de alcohol consumidos se debe saber los gramos de alcohol de una bebida que varía de acuerdo a la cantidad y tipo de bebida alcohólica.

Una Unidad de Bebida Estandar (UBE) mide los gramos de alcohol de una bebida, en España y Estados Unidos, 1 UES equivale a 13 gramos de etanol.

Tabla N° 1

Equivalencia de las UBE según el tipo y cantidad de bebida alcohólica

Tipo de bebida	Volumen	Graduación Alcohólica rango (graduación media)	Gramos de alcohol absoluto por consumición	Unidades de bebida
Fermentadas				
Vino	100 ml=Vaso	10-15 (12)	9,6	1
Cerveza	200ml	4-9 (5)	8	1
Destiladas				
Ron	50 ml=copa	40-42-(40)	16	2
Whisky	50 ml=copa	40-45 (42)	16.6	2

Fuente: OMS (2010)

Realizado: Miryan Naula

2.1.9 Consumo de alcohol.

El consumo de alcohol depende de factores socioculturales manifestados por ritos, tradiciones familiares, creencias que determinan que clase de alcohol beberá, donde, cuando, como, con quien, por lo que Luis Barruecos indica que el consumo de alcohol está condicionado por la cultura. Existen sociedades permisivas para el consumo de alcohol en las cuales no hay reglas claras por lo que se dan consumos excesivos como sucede en las sociedades occidentales, en las que no se ha establecido quien puede beber, en donde, cuando, como, (Alonso, G, 2016).

2.1.10 Consumo de riesgo.

Es un consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si persiste el hábito. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que es un consumo regular de 20 a 40 gramos diarios de alcohol en mujeres (superior a 140 gr a la semana) y de 40 - 50 gr diarios en hombres (superior a 280 gr a la semana)

Consumo perjudicial. Es el consumo en el cual el individuo empieza a tener consecuencias físicas, psíquicas o sociales a causa de su consumo. (Arbesu, J, 2014)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se producen 3,3 millones de muerte en el mundo debido al uso nocivo del alcohol, lo que representa un 5,9 % de todas las defunciones

El consumo nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo para la muerte en varones de 15 a 49 años de edad, además está relacionado con trastornos mentales y comportamentales, enfermedades no transmisibles como cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares, cánceres, traumatismos por violencia, accidentes de tránsito (Bibliomed, Cuba)

2.1.11 Factores de riesgo que Influyen en el Consumo de Alcohol.

Los factores de riesgo son circunstancias o eventos de causa biológica, psicológica o social que favorecen la posibilidad para que se presente un problema.

Hay numerosos factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia y se los divide en factores macrosociales, microsociales y personales. Los factores macro sociales corresponde a disponibilidad de la sustancia, dificultades en el empleo adecuado del tiempo libre, entre los microsociales están los estilos educativos inadecuados, el consumo familiar de alcohol y la influencia del grupo de amigos, a nivel personal están la desinformación, prejuicios, dificultad de resistir las presiones grupales y la baja autoestima.

Hay diversos factores que incrementan o disminuyen la vulnerabilidad de los adolescentes hacia el consumo de alcohol entre estos tenemos: la personalidad, consumo parental y del grupo de pares, expectativas hacia el alcohol, motivos de consumo y apoyo social

Además existen otros factores como el apoyo social parental, los estilos de crianza, el monitoreo, la comunicación con los hijos, el tiempo que los padres pasan con los hijos, tienen un efecto protector, observándose que los adolescentes que tienen malas relaciones con sus padres son vulnerables a realizar conductas riesgosas como consumo de alcohol y elegir amigos con comportamientos riesgosos (Pilatti, 2013)

Los adolescentes, inician la ingesta de alcohol como una forma de declarar su independencia de sus padres. A nivel neurológico los adolescentes presentan cambios particulares en su desarrollo que los hacen vulnerables al consumo de sustancias psicoactivas. En la adolescencia el individuo desarrolla su identidad frente al grupo de pares que lo lleva a adoptar, modelos de comportamientos arriesgados como el consumo de alcohol o drogas (Acosta, Fernández & Píllon , 2011).

Existen varias razones por la que consume alcohol un adolescente entre las principales tenemos:

a) Manejo de problemas: El adolescente bebe para olvidar preocupaciones, busca alivio a problemas externos, según Pons (2009) “el alcohol serviría como medio para eliminar la insatisfacción existente en el propio individuo”, se comienza a abusar del alcohol para aliviar tensiones emocionales, problemas personales, depresiones, etc, se puede afirmar que el alcohol dependiente presenta al menos dos características: un alto nivel de frustración y un bajo nivel de autoestima. Pons (2009),

Se ha demostrado que la probabilidad de consumo de alcohol aumenta en los adolescentes con una percepción negativa de sí mismos y de sus relaciones familiares así como en los que poseen peores recursos de afrontamiento del estrés, y dificultades para obtener apoyo afectivo en sus familias.

b) Tener conformidad con su vida: El adolescente consume alcohol para ser aceptado en su grupo y busca la aprobación de quienes consumen alcohol y no ser excluido de su grupo.

El consumo de alcohol por los adolescentes también depende de su autoestima, un adolescente con baja autoestima estará motivado a realizar conductas que presenten sus amigos, para mantener una relación estrecha entre ellos. (Pons&Buelga 2011).

c) Sociales: El factor social es importante en el consumo de alcohol, los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños son una influencia para el consumo

La familia también tiene su influencia en el consumo de alcohol, debido a que es en el hogar donde se moldean las conductas sociales, si el adolescente creció en un hogar estable y seguro la posibilidad de ingerir alcohol por la influencia social va a ser mínima,

Los factores sociales son razones por las que una persona consume alcohol : celebrar, considerar al alcohol como sinónimo de diversión, socializador y euforizante, mejora las relaciones entre pares, permitiendo un mayor disfrute

d) Sobresalir: El adolescente varón afianza con el consumo de alcohol su rol masculino y su status dentro de un grupo de iguales, mientras que las mujeres no tienen esas impresiones, siendo «utilizadas» como gancho para la venta de alcohol. Los adolescentes pueden consumir alcohol para divertirse o para ganar seguridad.

2.1. 12 Concepto de Familia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”.

La familia es la célula, conjunto o grupo originario de la sociedad, son todas las personas con las cuales se comparten objetivos de vida así como algún parentesco de consanguinidad o no: madre, padre, abuelos, hermanas y hermanos, tías y tíos, primas y primos.

La familia permite en forma integral, a cada individuo, el convivir, crecer y compartir con otras personas, los valores, normas, creencias, tradiciones, comportamientos, conocimientos, experiencias y afectos que resultan indispensables para su pleno desarrollo en la sociedad

2.1.13 Funciones de la familia

La familia tiene varias funciones universales como: reproducción, protección, socialización, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos.

Según Oliva y Villa (2014) el concepto de familia debe darse desde una perspectiva biológica, psicológica, económica y legal.

La vertiente biológica de la familia indica que es la unión de dos personas de diferente género que se encargan de procrear nuevos individuos para conservar la especie humana lo que genera lazos de sangre, además de cubrir otras necesidades como el disfrute sexual, identificación de los papeles sexuales en sus integrantes.

La vertiente psicológica de la familia; los fines psicológicos de la familia son: conocer cada uno de sus miembros, protección en el ámbito emocional, capacitarlos para una adecuada adaptación y enseñarles cómo afrontar las dificultades como la ansiedad, dominio de sí mismo o la autodisciplina.

La vertiente psicológica de la familia son los nexos familiares que forman un subsistema colectivo que pertenece a uno más grande denominado sociedad que permiten la evolución y el perfeccionamiento de la personalidad humana.

Desde la vertiente Sociológica: La familia es definida como la unión o asociación de tres o más personas derivadas de una construcción social que tiene su origen en la sociedad.

Los fines de la familia son: conservar las costumbres, la cultura, respetar la autoridad, comunicar y resolver conflictos, enseñar respeto a la diversidad de normas de convivencia tanto de la familia como de la sociedad

La vertiente económica; Cada miembro de la familia es considerado como un bien de consumo, que crean cuotas de inversión que serán destinadas a la ancianidad, en esta vertiente los fines de la familia son: ofrecer a cada miembro de la familia una estabilidad económica, cubrir las necesidades básicas, educarlos y alcanzar en el futuro una autosuficiencia económica.

La vertiente Legal: La familia es definida de acuerdo a la constitución o normativa de cada país, debe estar ajustada al reglamento regional y o nacional, sus objetivos son; respetar la ley, reconocer sus roles o papeles en el cumplimiento de su deber como persona y aceptar el dialogo para la resolución de conflictos.

2.1.14 Estructura familiar

La forma o estructura, así como el papel de la familia, varía según la sociedad.

La familia nuclear es la unidad principal de las sociedades está formada por dos adultos, hombre, mujer con sus hijos.

Familia extensa: el núcleo está integrado como una gran familia, con abuelos y otros familiares.

La familia monoparental, en la que los hijos viven sólo con el padre o con la madre en casos de soltería, viudez o divorcio. (Oliva, E, 2014)

2.1.15-Dinámica Familiar

La dinámica familiar está en relación con las funciones o roles que cumple los miembros de la familia de acuerdo a las normas, reglas, límites, jerarquías, que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente, siendo indispensable que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, lo que facilita en gran medida su adaptación a la dinámica interna de su grupo.

Afirma Agudelo “la dinámica familiar comprende las diversas situaciones de naturaleza psicológica, biológica y social que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la familia y que les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros y subsistemas de la familia.”

2.1.16 Ciclo vital Familiar

Existe una relación entre un sistema familiar saludable y la salud física y mental de sus miembros, hay que entender el ciclo vital familiar y el ciclo vital individual para saber los problemas que tendrá la familia.

La familia pasa por transiciones predecibles: matrimonio, nacimiento del primer hijo, la escolaridad, adolescencia, ingreso de los hijos al ámbito laboral, la salida de los hijos del hogar, la jubilación y la viudez. (Fuentes, C, 2014)

2.1.17 Funcionalidad y disfuncionalidad familiar

Es el conjunto de relaciones interpersonales que se estable en el interior de cada familia y que le dan identidad propia. Las familias funcionales se comunican con mensajes claros, espontáneamente sin contradicciones para satisfacer las demandas requeridas. (Álvarez 2008)

Familia Disfuncional: La comunicación no es efectiva, es perturbada, si se analiza a la familia como sistema, esta será disfuncional cuando alguno de sus subsistemas se altera por cambio en los roles de sus integrantes. (Tamara, 2011)

2.1.18 Test de percepción de Funcionalidad Familiar

Evalúa el funcionamiento familiar, midiendo los procesos más importantes de la dinámica familiar, se aplica a los miembros de la familia que tengan capacidad para responder y de forma privada. La puntuación final del test se obtiene de la suma de todos los ítems para llegar al diagnóstico de funcionalidad familiar.

Categorías del test de FFSIL

Según Dolores de la Cuesta se escogieron siete pilares en las interacciones familiares y se formularon dos preguntas para medir cada uno de los parámetros

- 1.-Cohesion Es el grado de unión física y emocional de los miembros de la familia en los distintos eventos de la vida, preguntas 1 y 8.
- 2.-Armonia: Es el equilibrio emocional que viven cada uno de los subsistemas familiares y la familia como un todo, son el interés individual con los de la familia, preguntas 2,13
- 3.-Comunicación: Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa, evalúa como se expresan los pensamientos y sentimientos al interior dela familia, preguntas 5 y 11
- 4.-Adaptabilidad: Habilidad de la familia para reacomodarse ante eventos estresantes, cambiando la estructura de poder y relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera, preguntas 6 y 10.
- 5.-Afectividad; Mide la capacidad de la familia para demostrar sus afectos, sentimientos y emociones, preguntas 4 y 14.
- 6.-Roles: Evalúa el cumplimiento de las responsabilidades compartidas al interior de la familia, cada miembro cumple sus responsabilidades y funciones negociadas preguntas 3 y 9.
- 7.-Permeabilidad: Valora la capacidad de la familia para relacionarse con otros subsistemas sociales, es la capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias o instituciones preguntas 7 y 12. (Armas, 2007)

2.1.19 Tabaquismo en la adolescencia

El tabaquismo según la Organización Mundial de la Salud es un enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas .La adicción que ocurre en el Sistema nervioso central se da por la nicotina, su consumo se inicia generalmente en la adolescencia, observándose que un 95% de los sujetos que fuman a la edad de 20 años se convierten en fumadores diarios regulares (Ministerio de Salud Publica 2011)

Fumador: Es quien ha consumido cigarrillo por lo menos una vez en su vida

No fumador: Es la persona que nunca ha consumido cigarrillos (Sánchez & Pillon ,2011).

2.1.20-Tipos de fumadores:

Fumador diario: Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.

Fumador ocasional: Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día, igual se considera como fumador.

Fumador Pasivo: Es la persona que no fuma pero que respira el humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental (Ministerio de Salud Pública, 2011)

2.2.21 Adolescencia y Consumo de Tabaco.

Los adolescentes están influenciados por modelos sociales por lo que fácilmente adoptan conductas de riesgo como adaptarse a un grupo de amigos consumidores, además adoptan actitudes familiares como el consumo de sus padres o pertenecer a una familia disfuncional, y ciertos factores personales como ansiedad, rebeldía, baja asertividad parecen ser decisivos para el consumo de tabaco (Pérez et, al, 2012).

CAPITULO III

3.1 Objetivos de la investigación

3.1.1 Objetivo general:

Determinar la frecuencia del consumo de alcohol, tabaco y marihuana y los factores psicosociales asociados en los adolescentes escolarizados de la parroquia de Solano, 2018.

3.1.2 Objetivos específicos:

-Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a: edad, sexo, etnia, escolaridad, estado civil y ocupación de los padres.

-Determinar la frecuencia del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en los adolescentes escolarizados de la parroquia Solano.

- Determinar los factores psicosociales asociados al consumo de alcohol, tabaco y marihuana en los adolescentes escolarizados de la parroquia Solano.

-Relacionar el consumo de alcohol, tabaco y marihuana con los factores psicosociales asociados, género, etapa de la adolescencia, estructura familiar, funcionalidad familiar, presión de los pares, bienestar general del adolescente

3.3.3 Hipótesis

Los factores sociodemográficos (edad, sexo, etnia, escolaridad, estado civil, nivel de instrucción y ocupación de los padres), psicosociales (bienestar emocional general, influencia de los pares), y familiares (tipología y funcionalidad familiar) se relacionan con el consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas en los adolescentes escolarizados de la parroquia de Solano, 2018.

CAPITULO IV

4. Diseño Metodológico

4.1. Tipo de estudio

Cuantitativo, descriptiva de corte transversal.

4.2 Área de estudio

Centros educativos que pertenecen a la parroquia Solano, del cantón Deleg, de la provincia del Cañar.

4.3 Universo y Muestra

El universo de estudio lo conforman todos los adolescentes escolarizados de 10 a 19 años de edad de la parroquia Solano, con un total de 180 adolescentes matriculados durante el año lectivo 2017-2018 según la Coordinación Zonal 6 del Ministerio de Educación distribuidos en La “Unidad Educativa San Sebastián” con un total de 160 (88,39%) adolescentes, 12 (6,62%) adolescentes en la escuela Honorato Vásquez y 9 (4,97 %) en la escuela Guayaquil, con un total de 180 (100%) adolescentes

La muestra se corresponde con el universo-

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

Adolescentes entre 10 a 19 años de edad.

Adolescentes mujeres y hombres.

Adolescentes escolarizados de la parroquia Solano.

Adolescente que acepten libre y voluntariamente ser parte del estudio

Adolescentes que cuenten con el consentimiento informado de sus padres o representante legal

4.4.2 Criterios de exclusión

Adolescentes que no deseen participar en el estudio

Adolescente que presente alguna limitación mental que no pueda brindar información.

Adolescentes que no asistieron los días de la recolección de datos

Adolescentes cuyos padres no firmaron el consentimiento informado

Adolescentes que no entregaron su asentimiento.

4.5 Métodos, técnicas e instrumentos

Método

Se utilizó el método de la encuesta autodirigida y supervisada por la investigadora y el equipo colaborador

Técnica

Se aplicó como técnica la entrevista estructurada

Instrumento

El instrumento para los datos sociodemográficos constituyó un formulario autoelaborado, que consta de instructivo, variables sociodemográfica como edad, sexo, escolaridad, estado civil de los padres.

Para describir las características generales de la población así como para determinar cuáles son los factores psicosociales asociados al consumo de alcohol, tabaco y marihuana, se aplicó la técnica de la encuesta, mediante un formulario, validado por una prueba piloto.

Para determinar los factores psicosociales se utilizará la escala WHO-5 de Índice de Bienestar General, para determinar el bienestar emocional de los adolescentes, el cual clasifica como: bienestar general bajo y alto.

El Índice de Bienestar General (WBI) se elaboró para cuantificar el bienestar emocional, es decir se refiere a síntomas depresivos

La versión más reciente es de 5 ítems, tiene un aceptable desempeño psico o clinicométrico, es más breve y se usa para casos de episodio depresivo mayor en la población general.

Existe un estudio de investigación de este test que informo una consistencia interna del instrumento en adolescentes con un coeficiente de alfa de 0,82.

La escala tiene un patrón de respuesta tipo Likert, con valoraciones entre cero y quince puntos, a mayor puntuación mayor bienestar o a menor puntuación más síntomas depresivos con importancia clínica (Anexo 4)

Los adolescentes con síntomas depresivos importantes son altamente vulnerables a adoptar conductas de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas.(Campo, A,Miranda ,G, Cogollo, Z, 2015)

Para determinar la influencia de los pares se utilizará la Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol realizada en México la cual clasificará como resistencia a la presión presente o ausente.

Para determinar el consumo de alcohol en adolescentes se utilizará el test de AUDIT de dependencia al alcohol, el cual clasificará el consumo en: dependencia baja y alta.

Test de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (Test de AUDIT)

Es un test de screening que ha sido validado en atención primaria en 6 países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América) es el único test para uso internacional y determina consumo de riesgo, perjudicial y una posible dependencia.

Es rápido, breve y flexible .El AUDIT es un cuestionario de 10 preguntas. Las 3 primeras preguntas hacen referencia a la cuantificación del consumo de alcohol es decir cantidad y frecuencia, la pregunta 4,5 y 6 hacen

referencia a síntomas de dependencia que corresponde a pérdida de control sobre el consumo, aumento de relevancia del consumo y consumo matutino.

Las preguntas 7, 8,9 y 10 corresponde al consumo perjudicial de alcohol es decir hay sentimientos de culpa tras el consumo, lagunas de memoria, lesiones relacionadas con el alcohol, otros se preocupan por el consumo. Este cuestionario valora el consumo de alcohol durante el último año. Las 8 primeras preguntas tienen 5 respuestas posibles y su puntuación es de 0 a 4. En las preguntas 8 y 9 tienen respuestas posibles y su puntuación es de 0-2-4. La calificación global es de 0 a 40 puntos. (Anexo 5)

Para saber en qué categoría de consumo de alcohol se encuentra cada adolescente se determina por el puntaje obtenido en el test.

Entre 8 y 15 puntos es un consumo de riesgo.

Entre 16 y 19 puntos es un consumo perjudicial.

Entre 20 puntos o más es dependencia

En el Ecuador se realizó un estudio de validación del test de AUDIT, con coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,895 que se considera estadísticamente bueno (Valenzuela, P, 2017)

Para determinar el consumo de tabaco se utilizará el test de Fagerström de dependencia al tabaco el cual clasificó el consumo de baja dependencia y alta dependencia

Test de Fagerström de Dependencia al Tabaco

Este cuestionario valora la dependencia al tabaco de una forma rápida y sencilla (Anexo 8).

La puntuación de este test es de:

De 0 a 1 punto: Dependencia muy baja

De 2 a 3 puntos: Dependencia baja

De 4 a 5 puntos: Dependencia moderada

De 6 a 7 puntos: Dependencia alta

De 8 a 10 puntos: Dependencia muy alta

Para determinar el consumo de marihuana se utilizará un test estructurado, el cual clasificó en: si existe o no existe consumo.

Para conocer la Funcionalidad Familiar se aplicó el test de FF-SIL la cual clasificará a las familias en: funcional y disfuncional. Las categorías que evalúa son: Cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. (Anexo 7)

Evaluación del test FFSIL

Contiene 14 preguntas, con la opción de 5 respuestas cualitativas:

Casi siempre=5, muchas veces=4, a veces=3, pocas veces=2, casi nunca= 1.

Según los puntajes alcanzados, las familias podrán clasificarse como funcionales o disfuncionales:

Familia funcional: 57 a 70 puntos

Moderadamente funcional: 43 a 56 puntos

Disfuncional: 28 a 42 puntos

Severamente disfuncional: 14 a 27 puntos

Para conocer la tipología familiar se utilizó la clasificación de Norma Armas según la presencia de los padres, la cual clasificará en familias nucleares, monoparentales y familias extensas.

4.6 Plan de tabulación y análisis de la información

La información se procesó a través de un programa estadístico llamado SSPS versión 25.0, la presentación de información se realizó en forma de distribución de frecuencia y porcentajes de las variables estudiadas, y los resultados serán presentados en tablas simples de doble entrada

En el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi cuadrado, o valor de P para la aplicación de pruebas e hipótesis, y significancia estadística; y el intervalo de confianza con un 95% para medidas de asociación.

4.7 Relación de variables.

Variables Dependientes: Consumo de alcohol, tabaco, marihuana.

Variable Independiente: Funcionalidad Familiar, Tipo de familia según estructura familiar, bienestar general, presión de pares.

Variables modificadoras: edad, género, etapa de la adolescencia

4.8 Operacionalización de las variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad (adolescente)	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Edad medida en años	Número de años cumplidos	Discreta
Sexo (adolescente)	Condición sexual de los adolescentes	Caracteres sexuales secundarios observables al Examen físico	Masculino Femenino	Nominal
Etnia (adolescente)	Grupo de personas que pertenecen a una misma raza, y generalmente comparten la misma lengua y cultura	Tipo de etnia	Mestizo Indoamericano Afro-ecuatoriano Blanco Otros	Nominal
Escolaridad de los adolescentes	Estudio formal recibido	Año de escolaridad que está cursando	5to-6to-7mo-8avo, 9no y 10 de básica y 1ero	Ordinal

			-2do y 3ero de bachillerato	
Estado Civil de los padres	Condición legal de la persona en función de si tiene o no pareja.	Tipo de Estado civil	Soltero Casada Viudo Divorciado Unión Libre Otros	Nominal
Ocupación de los padres	Actividad o labor por la cual recibe o no remuneración	Tipo de ocupación	Empleado público Empleado privado QQ DD Agricultor Comerciante Otros	Nominal
Nivel de Instrucción de los padres	Nivel de educación más alto alcanzado en un sistema educacional	Grado de instrucción	Años aprobados Analfabeto Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior Otros	
Bienestar emocional general de los adolescentes	Actitud emocional frente a la vida	Tipo de actitud emocional	Bienestar emocional Alto y Bajo	Nominal
Influencia de los pares	Presión social que ejerce una o varias personas de estatus similar sobre otra	Psicosocial	Cuestionario de resistencia a la presión de pares	Presente Ausente
Tipología Familiar por la presencia de los padres (adolescentes)	Características de una familia que convive o no con sus padres	Presencia o ausencia de los padres	Presencia de los 2 padres	Nominal

			Solo padre ,solo madre, ausencia de los 2 padres	
Funcionalidad familiar (adolescentes)	Es el conjunto de relaciones interpersonales que se estable en el interior de cada familia y que le dan identidad propia.	Evalúa el funcionamiento familiar, midiendo los procesos más importantes de la dinámica familiar.	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Nominal
Consumo de alcohol (adolescentes)	Ingestión de bebidas que contienen alcohol.	Cantidad y periodicidad de alcohol que consume	Numero de copas que consume y periodicidad de consumo	Discreta/nominal
Consumo de tabaco (adolescentes)	Consumo de sustancias que contiene nicotina	Cuantitativa	Si No	Nominal
Consumo de marihuana. Adolescente)	Utilización de sustancias canabinoides	Cuantitativa	Si No	Nominal

4.9 Procedimiento para garantizar los aspectos éticos.

Para realizar este trabajo de investigación se solicitó la firma de los representantes legales de los adolescentes que participaran en el estudio (Anexo 1) además los adolescentes participantes firmaran el asentimiento informado (Anexo 2). La información recolectada se manejó guardando respeto, confidencialidad y sobre todo los datos fueron utilizados únicamente para el estudio, con fines académicos y de investigación.

4.10 Recursos humanos y materiales

4.10.1 Recursos Humanos:

Autora: Mirian Naula

Director: Dr. Alberto Quezada

Adolescentes escolarizados de la parroquia Solano

4.10.2 Recursos Materiales

Descripción	Cantidad	Valor unitario	total
Computadora	1	1300	1300
Internet	12 meses	30	360
Material de oficina: Papel, copias, esferos, lápices, borrador	1	400	400
Movilización	10	20	200
Impresiones	500	5	250
Libros, revistas	20	10	200
Total			2710

4.10.3 Cronograma de actividades

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 5-6	Mes 7-8	Mes 9-10	Mes 10-11	Mes 12
Revisión del protocolo de tesis	X							
Prueba piloto		x						
Preparación de instrumentos			x					
Recolección de los datos y aplicación de encuesta				X				
Análisis de los datos					x			
Elaboración de la discusión e informe final						x		
Presentación de trabajo final de titulación							x	x

CAPÍTULO V

5 Resultados

5.1 Análisis de los resultados

Para los resultados de esta investigación se realizaron encuestas a 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, en la cual se determinó la frecuencia y porcentaje del consumo de alcohol, tabaco y marihuana, así como se logró determinar cuáles son los factores psicosociales que están asociados con este consumo, encontrando los siguientes resultados:

Tabla No 2

Distribución por edades de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Dèleg, 2018. (N=181).

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje %	Promedio	13,36
10	33	18,2	Mínimo	10
11	24	13,3	Máximo	19
12	16	8,8	Media	1,33
13	26	14,4	Mediana	1,00
14	23	12,7	Moda	1,00
15	15	8,3	Desviación estándar	0,47
16	18	9,9	Varianza	0,22
17	14	7,7		
18	9	5,0		
19	3	1,2		
Total	181	100,0		

Fuente: encuestas realizadas

Elaborado por: La autora

Interpretación de los resultados de la tabla No 2

Distribución por edades de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Dèleg, 2018. (N=181).

De los 181 estudiantes que participaron en la investigación, la edad promedio fue de 13,36 años con un mínimo de 10 y un máximo de 19 años, siendo la edad más frecuente los adolescentes de 10 años con el 18,2% (n=33)

y la menos frecuente, los adolescentes de 19 años con el 1,2%(n=3); la media de 1,33; mediana de 1,00; moda de 1,00; desviación estándar de 0,47; y una varianza de 0,22.

Tabla No 3

Distribución de acuerdo al año que se encuentra cursando el adolescente y la instrucción de los padres de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Dèleg, 2018. (N=181).

Año que se encuentra cursando el adolescente		
	N	%
1ª Bachillerato	12	6,6
2ª Bachillerato	20	11,0
3ª Bachillerato	14	7,7
5ª Básica	10	5,5
6ª Básica	30	16,6
7ª Básica	29	16,0
8ª Básica	13	7,2
9ª Básica	32	17,7
10ª Básica	21	11,6
Total	181	100,0
Instrucción de los padres		
Analfabeto	3	1,7
Primaria completa	92	50,8
Primaria incompleta	41	22,7
Secundaria completa	19	10,5
Secundaria incompleta	14	7,7
Superior	12	6,6
Total	181	100,0

Fuente: encuestas realizadas

Elaborado por: La autora

Interpretación de los resultados de la tabla No 3

De los 181 estudiantes participantes en el estudio, el número más frecuente de adolescentes se encuentra en el noveno de básica con un 17,7% (n= 32), en tanto que el porcentaje menos frecuente de los adolescentes se encuentra en quinto de básica con un 5,5% (n= 10).

La instrucción más frecuente de los padres es la primaria completa con 50,8% (n=92) y la menos frecuente es el analfabetismo con un 1,7% (n=3).

Tabla No 4

Distribución de acuerdo a los factores psicosociales, de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Deleg, 2018. (N=181).

Factores psicosociales asociados al consumo de alcohol, tabaco y marihuana de los adolescentes escolarizados de la parroquia Solano		
Clasificación de la adolescencia según UNICEF		
	n	%
Adolescencia temprana	122	67,4
Adolescencia tardía	59	32,6
Género		
Masculino	95	52,49
Femenino	86	47,51
Tipo de familia a la que pertenece el adolescente		
Familia Nuclear	122	67,4
Familia Monoparental	12	6,6
Familia extensa	47	26,0
Funcionalidad familiar según el test FF-SIL		
Funcional	149	82,3
Disfuncional	32	17,7
Índice de Bienestar general WHO 5		
Alto	149	82,3
Bajo	32	17,7

Fuente: encuestas realizadas

Elaborado por: La autora

Interpretación de los resultados de la tabla No 4

De los 181 estudiantes que participaron en la investigación, el número más frecuente de estudiantes se encuentran en la adolescencia temprana con un 67,4% (n=122) en tanto que la menos frecuente con 32,6% (n=59) corresponde a la adolescencia tardía; el género más frecuente es el masculino con un 52,49% (n=95), y el femenino el menos frecuente con un 47.51% (n=86).

Respecto al tipo de familia, la más frecuente es la familia nuclear con un 67,4% (n= 122), y el menos frecuente con un 6.6% (n=12) corresponde a la familia monoparental.

En cuanto a la funcionalidad familiar, las familias funcionales presentan un mayor porcentaje con un 82,3% (n=149) y las familias disfuncionales son las menos frecuentes con el 17,7%(n=32).

Del Índice de Bienestar General, vemos que de los 181 adolescentes, el porcentaje más frecuente es el 82,3%(n=149) corresponde a un alto bienestar general y el 17.7% (n=32) tiene un bajo bienestar general

Tabla No 5

Distribución de acuerdo al consumo de alcohol, tabaco y marihuana, de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Dèleg, 2018. (N=181).

Variable	Si	No	Total
	n(%)	n(%)	n(%)
Consumo de alcohol	100(55,24)	81(44,75)	181(100)
Consumo de tabaco	41(22,65)	140(77,34)	181(100)
Consumo de marihuana	5(2,76)	176(97,23)	181(100)

Fuente: encuestas realizadas

Elaborado por: La autora

Interpretación de los resultados de la tabla No 5

Respecto al consumo de alcohol el 55,24% (n=100) consume alcohol, o a probado en algún momento de su vida, en tanto que el 44,75% (n= 81) no consume o no ha probado en ningún momento de su vida.

En cuanto al consumo de tabaco el 77,34% (n=140) no consume y el 22,65% (n=41) si lo consume.

Respecto al consumo de marihuana el 97,23% (n=176) no lo consume, mientras que el 2,76% (n=5) lo consume o a probado en algún momento de su vida.

Tabla No 6

Distribución del patrón consumo de alcohol según el test AUDIT y los factores psicosociales asociados, de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Dèleg, 2018

Consumo de alcohol según el test de AUDIT						
Variable		Tipo de consumo			Valor de P	OR (IC)
		No consume	Consumo de bajo riesgo	Consumo de alto riesgo		
		n (%)	n (%)	n(%)		
Tipo de adolescencia	Adolescencia temprana	66(36,5)	56(30,9)	0(0,0)	0,7	0,75(0,55-1,11)
	Adolescencia tardía	15(8,3)	35(19,3)	9(5)	0,001	0,01(12,5-10,11)
Género	Masculino	41(22,6)	46(25,4)	5(2,7)	0,7	0,82(0,77-0,95)
	Femenino	40(22,3)	45(24,8)	4(2,20)		
Índice de Bienestar General WHO – 5	Bajo	29(16)		3(1,61)	0,05	0,08(0,92-1,77)
	Alto	62(34,2)		6(3,31)	0,6	0,17(0,31-0,88)
Funcionalidad Familiar FF-SIL	Funcional	74(40,8)		6(3,31)	0,02	1,09(0,29-1,54)
	Disfuncional	17(9,39)		3(1,61)	0,02	1,08(0,66-0,96)
Resistencia a la presión de pares	Si	76(41,9)		7(3,86)	0,6	0,19(0,66-0,97)
	No	15(8,28)		2(1,10)		
Tipo de Familia	Nuclear	57(31,4)		6(3,31)	0,7	0,6(0,57-0,74)
	Monoparental	8(4,41)		0(0,0)	0,01	0,05(0,52-0,64)
	Extendida	26(14,36)		3(1,61)	0,6	0,8(0,48-0,78)

Fuente: encuestas realizadas

Elaborado por: La autora

Interpretación de los resultados de la tabla No 6

Respecto al consumo de alcohol según el test de AUDIT, tenemos que el consumo de bajo riesgo en la adolescencia temprana es el más frecuente con un 30,9% (n=56), en tanto que el consumo de alto riesgo en la adolescencia temprana es el menos frecuente con un 0% (n=0), es decir no existen casos.

En cuanto al género: el consumo de bajo riesgo en el género masculino es el más frecuente con un 25,4% (n=46), mientras que el consumo de alto riesgo en el género femenino es el porcentaje menos frecuente con un 2,20% (n= 4).

En el test de Índice de Bienestar General WHO – 5: El 55, 24% (n= 81) no consume alcohol, y el 44,76 si consume; del grupo que consume se puede observar que el consumo de bajo riesgo con el bienestar general alto es el más frecuente con un 34,2% (n=62), en tanto que el consumo de alto riesgo con un bajo bienestar general, es el menos frecuente con un 1,61% (n=3).

En cuanto a la funcionalidad familiar según el test FF-SIL: El 55, 24% (n= 81) no consume alcohol, y el 44,76 si consume; del grupo que consume se puede observar que el consumo de bajo riesgo en familias funcionales constituye el grupo más frecuente con el 40.8% (n=74), y el menos frecuente es el grupo de consumo de alto riesgo en familias disfuncionales con un 1,61% (n=3).

Respecto a la presión de pares para el consumo de alcohol: El 55, 24% (n= 81) no consume alcohol, y el 44,76 si consume; del grupo que consume podemos observar que el consumo de bajo riesgo que, si ofrece resistencia a la presión de pares, constituye el grupo más frecuente con un 41,9 (n=76), en tanto que el menos frecuente con un 1,10% (n=2) constituye el grupo de consumo de alto riesgo que no ofrece resistencia a la presión de pares.

Finalmente, respecto a la tipología familiar: El 55, 24% (n= 81) no consume alcohol, y el 44,76 si consume; del grupo que consume podemos observar que el consumo de bajo riesgo en familias nucleares constituye el más frecuente con un 31,4% (n=57), en tanto que el menos frecuente corresponde a consumo de alto riesgo en familias monoparentales ya que no existen casos.

Las variables que muestran asociación estadísticamente significativa son:

- El Índice de Bienestar General WHO – 5 con un valor de $P=0,05$, y un $IC=0,08(0,92-1,77)$, que corresponde al bajo Índice de Bienestar General.
- La Funcionalidad Familiar; respecto a las familias funcionales, con un valor de $P=0,02$ y un $IC=1,09(0,29-1,54)$; y de las familias disfuncionales con un valor de $P=0,02$, y un $IC=1,08(0,66-0,96)$.
- La tipología familiar, respecto a las familias monoparentales, con un valor de $P=0,01$ y un $IC= 1,5(0,52-0,64)$.

Tabla No 7

Distribución según el test de Fagerstrom de dependencia al consumo de tabaco y los factores psicosociales asociados, de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Dèleg, 2018

Consumo de cigarrillo según el test de Fagerstrom					
Variable		Tipo de dependencia del consumo de tabaco		Valor de P	OR (IC 95%)
		Baja	Alta		
		n (%)	n(%)		
Tipo de adolescencia	Adolescencia temprana	15(8,28)	3(1,61)	0,7	0,10(0,74-0,90)
	Adolescencia tardía	20(11,0)	3(1,61)		
Género	Masculino	22(12,1)	3(1,61)	0,5	0,35(0,55-0,88)
	Femenino	13(7,18)	3(1,61)		
Índice de Bienestar General WHO – 5	Bajo	8(4,4)	2(1,10)	0,5	0,30(0,58-0,97)
	Alto	27(14,9)	4(2,20)	0,6	0,17(0,31-0,88)
Funcionalidad Familiar FF-SIL	Funcional	26(14,36)	5(2,76)	0,02	1,08(0,24-0,45)
	Disfuncional	9(4,97)	1(0,5)	0,02	1,02(0,12-0,23)
Tipo de Familia	Nuclear	20(11,0)	2(1,10)	0,5	1,54(0,43-0,46)
	Monoparental	5(2,76)	2(1,10)		
	Extendida	10(5,52)	2(1,10)		

Fuente: encuestas realizadas

Elaborado por: La autora

Interpretación de los resultados de la tabla No 7

Según el test de Fagerström de dependencia al tabaco: El 77,34% (n=140) no consume tabaco, en tanto que el 22,6% (n=41) si presenta consumo, del grupo que presenta consumo podemos observar que el consumo de baja dependencia en la adolescencia tardía con el 11%(n=20), es el más frecuente y el menos frecuente constituye el grupo de consumo de alta dependencia, en adolescencia temprana y tardía, con 1,61% (n=3).

Respecto al género: El 77,34% (n=140) no consume tabaco, en tanto que el 22,6% (n=41) si presenta consumo, del grupo que presenta consumo podemos observar que el masculino con consumo de baja

dependencia, representa el grupo más frecuente con el 12,1% (n=22) y el femenino y masculino con dependencia alta, el menos frecuente con el 1,61 (n=3).

Respecto al test de Índice de Bienestar General WHO – 5: El 77,34% (n=140) no consume tabaco, en tanto que el 22,6% (n=41) si presenta consumo, del grupo que presenta consumo podemos observar que el consumo de baja dependencia con el bienestar general alto es el más frecuente con un 14,9% (n=27), en tanto que el consumo de alta dependencia, con un bajo bienestar general, es el menos frecuente con un 1,10% (n=2).

En cuanto a la funcionalidad familiar según el test FF-SIL: El 77,34% (n=140) no consume tabaco, en tanto que el 22,6% (n=41) si presenta consumo, del grupo que presenta consumo podemos observar que se puede observar que el consumo de baja dependencia en familias funcionales constituye el grupo más frecuente con el 14,36% (n=26), y el menos frecuente es el grupo de consumo de alto dependencia en familias disfuncionales con un 0,5% (n=1).

Finalmente, respecto a la tipología familiar: El 77,34% (n=140) no consume tabaco, en tanto que el 22,6% (n=41) si presenta consumo, del grupo que presenta consumo podemos observar que el consumo de baja dependencia en familias nucleares constituye el más frecuente con un 11% (n=20), en tanto que el menos frecuente corresponde a consumo de alta dependencia al consumo de tabaco en familias nucleares, monoparentales y extensas, ya que presentan igual porcentaje con un 1,10% (n=2).

Las variables que muestran asociación estadísticamente significativa son:

La Funcionalidad Familiar; respecto a las familias funcionales, con un valor de $P=0,02$ y un IC=1,08(0,24-0,45); y de las familias disfuncionales con un valor de $P=0,02$, y un IC=1,02(0,12-0,23).

Tabla No 8

Distribución según el comportamiento del test de Índice de Bienestar General WHO – 5 y el consumo de alcohol, de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Dèleg, 2018

		Índice de Bienestar General WHO - 5		
		Bajo	Alto	
Variable		n(%)	n(%)	Total
Ha consumido alcohol	No	15(31.25)	63(47.37)	78
	Si	33(68.75)	70(52.63)	103
Total		48	133	181

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Investigadora

Interpretación de los resultados de la tabla 8

Del grupo que no consume alcohol: El grupo más frecuente con el 47.37% (n= 63) de los estudiantes, presenta nivel de bienestar alto; siendo el menos frecuente el grupo con bienestar general bajo, con un 31,25% (n=15).
 Del grupo que si consume alcohol: El grupo más frecuente con el 52.63% (n= 70) de los estudiantes, presenta nivel de bienestar alto, siendo el menos frecuente el grupo con bienestar general bajo, con un 68,75% (n=33).

Tabla No 9

Distribución según estructura familiar y su relación con el consumo de alcohol, cigarrillo y marihuana de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Dèleg, 2018.

variable	Ha bebido		Ha fumado		Consumo marihuana	
	No	Si	No	Si	No	Si
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Familia nuclear	57(46.7)	65(53.3)	100(82.0)	22(18.0)	119(96.6)	4 (3,4)
Familia monoparental	4(33.3)	8(66.7)	5(41.7)	7(58.3)	11(91.7)	1(8,3)
Familia extensa	17(36.2)	30(63.8)	35(73.9)	12(26.1)	46(100)	0(0)
Total	78	103	140	41	176	5

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Investigadora

Interpretación de los resultados de la tabla 9

Respecto al consumo de alcohol: Del grupo que no consume, el más frecuente corresponde a la familia nuclear con un 46,7% (n=57), y el menos frecuente es la familia monoparental con el 33,3% (n=4). Del grupo que si consume, el más frecuente lo presentan los estudiantes que pertenecen a familia nuclear con un 53,3%, (n=65), en tanto que el menos frecuente lo constituyen las familias monoparentales con el 66.7% (n=8).

Respecto al consumo del tabaco: Del grupo que no consume, el más frecuente corresponde a la familia nuclear con un 82,0% (n=100), y el menos frecuente es la familia monoparental con el 41,7% (n=5).

Del grupo que si consume, el más frecuente lo presentan los estudiantes que pertenecen a familia nuclear con un 18,0%, (n=22), en tanto que el menos frecuente lo constituyen las familias monoparentales con el 58,3% (n=7); respecto del total de ambas variables.

Respecto al consumo de marihuana: Del grupo que no consume, el más frecuente corresponde a la familia nuclear con un 96,6% (n=119), y el menos frecuente es la familia monoparental con el 91,7% (n=11).

Tabla No 10

Distribución según funcionalidad familiar y el consumo de cigarrillo, de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Dèleg, 2018.

		Funcionalidad Familiar FF-SIL		
		Familia Funcional	Familia Disfuncional	Total
Variable		n(%)	n(%)	n(%)
Ha fumado	No	119(79,20)	21(67,75)	140
	Si	31(20,80)	10(32,25)	41
Total		150 (100)	31 (100)	181

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Investigadora

Interpretación de los resultados de la tabla 10

Respecto de las familias funcionales el grupo más frecuente lo constituye el que no ha fumado con un 79,20% (n=119); mientras que el menos frecuente corresponde al grupo que si ha fumado con un 20,80% (n=31). Respecto del total de ambas variables.

Respecto de las familias disfuncionales el grupo más frecuente lo constituye el que no ha fumado con un 67,75% (n=21); mientras que el menos frecuente corresponde al grupo que si ha fumado con un 32,25% (n=10). Respecto del total de ambas variables.

Tabla No 11

Distribución del Índice de Bienestar General WHO – 5 y el consumo de cigarrillo de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Dèleg, 2018.

		Índice de Bienestar General WHO – 5		
		Bajo	Alto	Total
Variable		n(%)	n(%)	n(%)
Ha fumado	No	38(79.17)	102(76.52)	140
	Si	10(20.83)	31(23.48)	41
Total		48	133	181

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Investigadora

Interpretación de los resultados de la tabla 11

Respecto al Índice de Bienestar General: Del grupo que presenta un bienestar general bajo, el más frecuente lo constituye el grupo que no ha fumado, con un 79,17% (n=38); y el menos frecuente es el grupo que si ha fumado con un 20,83% (n=10%). Respecto del total de ambas variables.

Del grupo que presenta un bienestar general alto, el más frecuente lo constituye el grupo que no ha fumado, con un 76,52% (n=102); y el menos frecuente es el grupo que si ha fumado con un 23,48% (n=31%). Respecto del total de ambas variables.

Tabla No 12

Distribución según funcionalidad familiar y el consumo de marihuana, de los 181 adolescentes escolarizados de la parroquia Solano, Dèleg, 2018.

Variable		Funcionalidad Familiar FF-SIL		
		Familia Funcional	Familia Disfuncional	Total
		n(%)	n(%)	n(%)
Ha consumido marihuana	No	150 (98,6)	26(89,6)	176(97,2)
	Si	2(1,4)	3(10,4)	5(2,8)
Total		152 (100)	29 (100)	181 (100)

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Investigadora

Interpretación de los resultados de la tabla 12

Respecto de las familias funcionales el grupo más frecuente lo constituye el que no ha consumido marihuana con un 98,6% (n=150); mientras que el menos frecuente corresponde al grupo que si ha consumido con un 1,4% (n=2). Respecto del total de ambas variables.

Respecto de las familias disfuncionales el grupo más frecuente lo constituye el que no ha consumido con un 89,6% (n=26); mientras que el menos frecuente corresponde al grupo que si ha consumido con un 1,4% (n=3). Respecto del total de ambas variables.

CAPÍTULO VI

6. Discusión

El presente estudio incluye a 181 adolescentes que se encuentran matriculados en los diferentes centros educativos de la parroquia Solano, provincia del Cañar durante el año lectivo 2018 – 2019 según la coordinación Zonal 6 del Ministerio de Educación del Ecuador.

El consumo de alcohol en la adolescencia, está influenciado por diversos factores sociales, familiares, escolares, culturales, educativos, emocionales, de medios, tecnología, ambientales, entre otros, en los cuales los jóvenes se ven inmersos con consumos cada vez mayores, que llegan a constituir verdades peligrosas para la salud (Alvarez-Aguirre, Alonso-Castillo, & Zanetti, 2014; Moure-Rodríguez et al., 2016a; Sreeramareddy, Kishore, Paudel, & Menezes, 2008).

En la adolescencia es la época de la elección, exploración, descubrimiento, de sus decisiones dependerá la presencia de adicciones a sustancias en la edad adulta que repercutirá en su estado de salud.

Varios estudios demuestran que el consumo de alcohol, cada vez se inicia a edad más temprana y esto puede causar daño fisiológico en el cerebro, incrementando de cuatro a cinco veces el riesgo de desarrollar dependencia del alcohol. (Colqui, M, 2015)

Las elecciones que los adolescentes hagan sobre el consumo de sustancias psicoactivas tiene repercusiones a nivel familiar, social, de salud.

Los adolescentes escolarizados de la parroquia Solano inician el consumo de alcohol en un rango de edad entre los 10 y 16 años, con una media de 13,5 años y la frecuencia del consumo de alcohol es de 55,24% que coincide con el estudio de Cicua y cols (2007) Bogotá, en la que la edad media de inicio del consumo de alcohol es de 11,9 años, el 14,5% de adolescentes manifiesta haber consumido alcohol por primera vez entre los 7 y 12 años.

En otro estudio realizado por (Castaño y Calderón 2014 en Medellín, Colombia) la edad media de inicio en el consumo de alcohol es 14,4 años, presentándose un 11,3%, que lo hizo antes de los 10 años y un 58,7% que lo probó entre los 11 y los 15 años, estos resultados son también comparables con los realizados por (Santos, M, Leite, M 2010) Portugal en que se realizó una investigación con 680 adolescentes, el 73,5% comenzó a beber entre los 14 y 16 años. La edad del inicio del consumo de alcohol fue a los 8 años y la máxima a los 18 años, siendo el promedio de 14,50 años, hay una diferencia significativa entre el género que consume bebidas alcohólicas, el masculino con el 49,8% y el femenino con el 37,8%, el 42,6% de los participantes beben. Otro estudio realizado por (Zaira, M, 2015) Chíncha-Perú, con 365 adolescentes, la edad de inicio del consumo de alcohol es el 9,3% a los 9 años, el 12,6% entre los 10 y 11 años, el 26,1% entre los 12-13 años y el 45,3% entre los 14-15 años.

De acuerdo al patrón de consumo de los adolescentes escolarizados de la parroquia Solano según el Test de AUDIT, son consumidores de bajo riesgo el 50,27% (n=91), el 4,41% (n=9) son consumidores de alto riesgo, mientras que los adolescentes que no consumen alcohol es el 44,75% (n=81). Según el género de los que no consumen alcohol el 28,3%, corresponde al género masculino, el 27% corresponde al género femenino, en los consumidores de bajo riesgo el 24,8% eran mujeres y el 25,4% eran hombres, en los consumidores de alto riesgo el 2,20% eran mujeres y el 2,7% eran hombres, no existe adolescentes con consumo problemático o

dependencia, Se evidencio que estos adolescentes son consumidores de bajo riesgo, en especial en el sexo femenino, que se verá reflejado en menores problemas psicológicos, familiares y sociales esto coincide con el estudio de (Clavijo, N,2017) Quito. Ecuador en la que se investigó a 549 estudiantes y refleja que la mayoría tienen un consumo de bajo riesgo 84% (315),el 46,1%(172) son del género femenino , el 9,4%,(35) con consumo de riesgo y el consumo problema con1,3% (5), .En cuanto al consumo de alcohol según el género podemos determinar que el consumo de bajo riesgo está presente en la mayoría en el género femenino con 172 estudiantes que representan el 46,1%, en el consumo de riesgo el género masculino 35 estudiantes (9,4%) y un posible consumo problema o dependencia 5 estudiantes con el 1,3%, Otro estudio realizado en Loja-Ecuador por (Pineda, N, 2014,) con 1294 estudiantes de 12 a 17 años encontrándose que el 44,9% consume alcohol, distribuido en un 29% consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo el 12,2%,consumo perjudicial el 2,3%, dependencia el 1.3%.

Los adolescentes tempranos difieren significativamente en el hábito de consumir alcohol con los adolescentes tardíos, situándose el mayor porcentaje de consumidores entre los 17 y 19 años. Los adolescentes escolarizados investigados de la parroquia Solano el mayor consumo de alcohol se da en la adolescencia tardía con el 74,57% y en la adolescencia temprana el 45,90%, esto se relaciona con el estudio de (Colqui, M, 2015), Perú en un estudio con 4095 adolescentes, de 10 a 13 años fueron del 28%, de 14 a 16 años fueron el 49,6%, el grupo etario de 17 a 19 años el 66,1%.

Existen diferencias significativas entre el año de escolaridad y el consumo de bebidas alcohólicas, aumentando el porcentaje de consumidores de acuerdo al año de escolaridad, coincidiendo con el número de adolescentes en la etapa tardía que consumen más alcohol siendo necesaria realizar actividades preventivas en este grupo de edad.

Son los adolescentes tardíos los que refieren mayor consumo de bebidas alcohólicas, algunas razones pueden ser porque tienen una mayor autonomía, menor control de los padres, exploración de su identidad, participación en el grupo de pares, independencia económica, imitación de conducta de adultos, vida social más activa, permisibilidad, accesibilidad y aceptación social del consumo de alcohol en los adolescentes, mayores situaciones de estrés, que son factores de riesgo para el consumo de bebidas alcohólicas.

En el género femenino el consumo de alcohol es menor sin embargo por la trascendencia de su papel en la familia trae consecuencias más negativas a la sociedad y al ser su organismo más vulnerable los daños pueden ser mayores.

El mayor consumo en los varones está relacionado con factores socioculturales como el machismo, re afirmación de su identidad masculina, jerarquía, evitar el rechazo y perdida del respeto por su comportamiento. La familia juega un rol fundamental para adquirir y conservar hábitos en los adolescentes, el consumo de alcohol es socialmente aprendido en la familia, siendo importante mantener hábitos saludables

Los colegios deben considerar al adolescente como un ser integral y protegerlo mediante una comunicación y educación orientada a cambios de conductas. (Colquí, 2015, Perú)

La frecuencia de consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados de la parroquia Solano es de 55,24% ,en los cuales se incluyó a las adolescentes que en algún momento de su vida probaron alcohol, con motivos sociales o familiares como brindis , fiestas o momentos especiales, pero que sin embargo no consumen en

forma constante o frecuente, de esto se desprende el alto porcentaje del consumo, pero que sin embargo no podría llegar a constituirse en un consumo de alto riesgo.

Otro factor que puede corroborar un alto consumo de alcohol en los adolescentes de la parroquia Solano es que estos jóvenes viven en una área rural, que según un estudio de Cataluña (España) la prevalencia y los factores asociados al consumo de alcohol entre los adolescente durante el 2011-2012, se determinó que el consumo de riesgo de alcohol es mayor en jóvenes que residen en la zona rural con 59,6%. Versus el 49,9 % del área urbana y los factores como consumo de los familiares, amigos y el acceso al alcohol son estadísticamente significativas para el consumo. (Obradors-Rial, Ariza, & Muntaner, 2014).

Otro estudio realizado en Perú, 2015 sobre prevalencia del consumo de alcohol en 4095 adolescentes, se encontró que los adolescentes que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida fueron del 42,4%, siendo del sexo masculino el 45,2%, mientras que en el caso de las mujeres fueron de 39,9%. Los adolescentes que consumieron alcohol entre los 10 a los 13 años fueron del 28%, de 14 a 16 años de 49,65%, de 17 a 19 años el 66,1%. Conforme aumenta la edad del adolescente se expone a riesgos, participa en reuniones sociales, hay mayores presiones de sus pares, estrés, ídolos de la televisión moda, que son factores de riesgo para el consumo de alcohol. (Colqui, M, Ortega, A, Salas, M, Vaiz, R, 2015)

Hay que considerar que el problema del consumo de alcohol es multifactorial en el cual la familia constituye un factor importante en la prevención, pero también puede contribuir al inicio y mantenimiento de este hábito.

En esta investigación se evaluó si la funcionalidad familiar está relacionada con el consumo de alcohol, de los 181 adolescentes que participaron en la investigación el 82,3% (n=149) pertenecían a familias funcionales y el 17,7% (n=32) a familias disfuncionales,

El consumo de alcohol, el porcentaje más alto lo presentan los estudiantes que pertenecen familias nucleares con un 31,4% (n=57), seguido de los de familia extensa con el 14,36% (n=26) y por último los de la familia monoparentales con el 4,41% (n=8), según la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson de 0,01 IC 0,05 (0,52-0,64), que significa que existe significancia estadística entre el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar esto coincide con los datos del estudio de (Turpo, L, Vásquez, A, 2018 Perú) en la que el 52,7% de adolescentes con una familia moderadamente funcional tiene consumo de alcohol de riesgo, con un valor de $p=0,000<0,05$ y un valor de chi cuadrado de independencia de 176,935, existe correlación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol.

La investigación realizada demuestra que si existe asociación estadística entre la funcionalidad familiar, ya que la familia funcional representa un factor protector frente al consumo de alcohol con un valor de $P = 0,02$ y un IC 95% = 1,09(0,29-0,54), lo que coincide con la investigación de (Romero M, 2016) Cuenca-Ecuador, en la que indica que pertenecer a una familia disfuncional tiene riesgo para el consumo de alcohol de 1,812 veces más que frente a los que pertenecen a una familia funcional, este dato es corroborado por con el IC 95% 1,205-2,725 y con un valor de $p=0,001$, lo que muestra una diferencia estadísticamente significativa.

En otro estudio realizado (Mogrovejo, M, Ecuador, 2017) concuerda con los resultados referentes a que cuando los adolescente pertenecen a familias disfuncionales hay mayor consumo de alcohol, en comparación con los adolescentes que se desenvuelven dentro de un sistema familiar funcional. En el estudio se estableció asociación de riesgo entre la disfuncionalidad familiar y el consumo de alcohol en el grupo investigado (RP

3,03; I.C 1,424-6,485), con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). De acuerdo al tipo de familia según su estructura, los adolescentes que se desarrollan dentro de una familia fragmentada: monoparental, paterna, materna, extensa, el consumo de alcohol es mayor, en comparación con los adolescentes con familias estructuradas. La relación de esta asociación fue no determinada (RP 1,06; IC 0,570-1,987), sin diferencia estadísticamente significativo ($p > 0,05$).

En un estudio realizado en Ecuador, provincia del Cañar, 2014, se observó que en 81 adolescentes encuestados el 18,53%, consumen alcohol, tabaco, o marihuana indistintamente, por razones que ellos creen necesario, siendo los lugares más disponibles las fiestas, parques y plazas

Junto con el consumo de alcohol, el consumo de tabaco en la adolescencia constituye otro problema de salud pública, debido a los riesgos que presenta para la salud sobre todo el cáncer de pulmón, con nefastas consecuencias que ponen en riesgo la vida de las personas.

El consumo de tabaco en los adolescentes de la parroquia Solano según el test de Fagestrom de dependencia al tabaco es de 22,65% ($n=41$), el mayor consumo se dio en la adolescencia tardía con el 12,61%, con 13,61% en el género masculino y el 8,79% en el género femenino, que es similar al estudio realizado (Santos, M, 2010) Portugal, en la que los adolescentes que participaron en el estudio el 13,4% fumaban, la edad promedio en la que comenzaron a fumar 13,67 años, el 47,2% comenzaron a fumar antes de los 14 años y el 4,4% iniciaron el consumo luego de los 16 años El género masculino fumo en el 15,3% frente femenino al 12,1%.

Estos datos también se relacionan con el estudio de (Cogollo, Z, 2011), Colombia, en el cual la edad de inicio de consumo de cigarrillo fue de 16 años (D.E= 3,9 años). El 39,9 % habían fumado alguna vez en su vida.

En otro estudio realizado por (Vásquez, M, 2015, México) la prevalencia de consumo de tabaco en los adolescentes de 12 a 15 años fue de 24,06 %, la edad de inicio del consumo fue a los 12 años, el 26,1% en hombres y el 22.2 % en mujeres.

La relación que existe entre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, es estrecha y está influenciada directamente por los padres, puesto que de los adolescentes estudiados, los padres también lo consume o ha consumido en un determinado momento de su vida, así como por los amigos quienes ejercen presión directa o indirecta para el consumo (Álvarez, A, 2014)

La cuarta Encuesta Nacional del CONSEP 2013, sobre el uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, este estudio representa a 514.962 estudiantes de 12 a 17 años en la zona urbana, lo cual abarca al 48,78%, en la que se encontró que 4 de cada 100 estudiantes presenta un uso ocasional de cigarrillos y 1 de cada 100 estudiantes presenta un uso intenso. En el caso del alcohol, 1 de cada 5 estudiantes presenta un uso ocasional y 2 de cada 100 estudiantes un uso intenso.

En cuanto al consumo marihuana 1 de cada 100 estudiantes presentó uso experimental y menos del 1% uso intenso.

En tanto que el consumo de marihuana en el presente estudio es del 2,8% ($n=5$) de los cuales el 1,65% ($n=3$) son de género masculino, y el 1,10% ($n=2$) son de género femenino; de edades de 14,17 y 19 años. múltiples estudios demuestran que el consumo de esta sustancia es elevado, lo cual está ligado a comportamientos de riesgo en la adolescencia, como conducir motocicleta, o auto en estado de alteración del sistema nervioso

central, accidentes de tránsito, sexo sin protección, embarazo adolescente, paternidad no responsable, consumo de otras sustancias nocivas, entre otras(Londoño Pérez & Valencia Lara, 2008; Moure-Rodríguez et al., 2016b; Pons & Buelga, 2011; Rial et al., 2018).

CAPITULO VII

7.1. Conclusiones

- 1.- El consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados que incluye, el consumo actual y si alguna vez ha probado es elevado con un 55; 24%, es decir uno de cada dos adolescentes lo ha realizado.
- 2.- En cuanto al consumo de tabaco, que incluye el consumo actual o que lo ha probado en algún momento de su vida, es elevado con un 22,65%, es decir aproximadamente uno de cada 3 adolescentes ha consumido tabaco en un momento determinado de su vida
- 3.- Respecto al consumo de marihuana el 2,76%, lo consume o a probado en algún momento de su vida, lo que señala un consumo relativamente bajo respecto a otros estudios realizados, donde el consumo es mayor; sin embargo, se debe tomar en cuenta el recelo y temor que produce el confesar que se consume esta sustancia, debido a que no es legal y por tanto tiene implicaciones punitivas, razón por lo cual muchos adolescentes niegan su consumo.
- 4.- Los factores psicosociales que muestran relación con asociación estadísticamente significativa incluyen funcionalidad familiar, tipología familiar e índice de bienestar general frente al consumo de alcohol y tabaco.
- 5.-Las familias funcionales constituye un factor protector frente al consumo de riesgo de alcohol en los adolescentes escolarizados de Solano con un [IC 95%] 1,09(0,29-1,54).
- 6.- El Índice de bienestar general constituye un factor de riesgo frente al consumo de alto riesgo de alcohol en los adolescentes escolarizados de Solano con un [IC 95%] 0,08 (0,92-1,77).
- 7.- De acuerdo a la tipología familiar, la familiar nuclear constituye un factor protector frente al consumo de riesgo de alcohol en los adolescentes escolarizados de Solano con un [IC 95%] 0,05(0,64-1,52).
- 8.- la funcionalidad familiar constituye un factor protector frente a la dependencia leve del consumo de tabaco en los adolescentes escolarizados de la parroquia Solano con un [IC 95%] 1,08(0,24-0,45).

7.2 Recomendaciones.

- 1.- Para prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes, será necesario realizar intervenciones a nivel comunitario con la finalidad de disminuir la disponibilidad del alcohol para la venta a los adolescentes, en las tiendas de los barrios.
- 2.-Se recomienda a las Unidades Educativas San Sebastián, Honorato Vásquez y Guayaquil realizar talleres de capacitación con padres de familia, docentes y personal de salud para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- 3.- Programar con las Unidades Educativas: fomentar el deporte, con la creación de grupos de danza, equipos deportivos, cursos de pintura, música para que los adolescentes desarrollen sus habilidades y empleen bien su tiempo de ocio, siendo necesaria la participación de padres de familia y adolescentes para identificar las actividades preferidas por estos, Estas actividades tendrán la finalidad de liberar el estrés o ansiedad de una manera saludable sin necesidad de recurrir al consumo de alcohol o tabaco.
- 4.- Se recomienda realizar actividades recreativas los fines de semana como caminatas, excursiones, deportes,
- 5.- Capacitar a padres de familia, docentes y estudiantes los efectos nocivos del consumo de sustancias psicoactivas, considerando que el inicio temprano del consumo de alcohol se relaciona con el desarrollo de un patrón de consumo riesgoso y puede ser la entrada al consumo de otras sustancias psicoactivas como tabaco y marihuana, además hay que considerar que los adolescentes tienden a imitar a sus padres en todos los aspectos de la vida por lo que se aconsejara que no consuma alcohol en su casa.
- 6.- Realizar un seguimiento por parte del Departamento de Bienestar estudiantil a los estudiantes que presentan un consumo de riesgo de alcohol o tabaco y marihuana.
- 7.- Identificar de una manera oportuna los adolescentes con factores de riesgo para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.
- 8.-Regulacion estricta de la publicidad del alcohol y tabaco en los medios de comunicación, favoreciendo la creación de entornos saludables así como efectivizar sanciones administrativas a locales que incumplan la normativa sobre el expendio de alcohol a adolescentes
- 9- Se recomienda realizar estudios similares en las ciudades con mayor número de adolescentes, debido a que esta investigación se realizó en adolescentes de una zona rural y así poder comparar si el consumo de alcohol, tabaco y marihuana es igual o diferente.
- 10.- Reforzar los factores protectores como la funcionalidad familiar. Y mantener la estructura familiar nuclear en donde los dos padres cumplan con sus roles dentro del bienestar familiar, en el marco de la armonía y buena dinámica familiar.
- 11.- Mejora el bienestar emocional de los adolescentes como factor de protección frente al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas con actividades de promoción y prevención

CAPITULO VIII

Bibliografía

Albarracín, M y Muñoz, L,(2008) Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria, Colombia, Universidad Pontificia Bolivariana disponible en :<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a07v14n14.pdf>.

Alonso, G. Garcia, J. Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios [Internet]. [Citado 13 de junio de 2016]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_1_14/spu06114.htm

Alvarez-Aguirre, A., Alonso-Castillo, M. M., & Zanetti, A. C. G. (2014). Predictive factors of alcohol and tobacco use in adolescents. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 22(6), 1056-1062. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3570.2516>

Arbesu,J, 2014,Consumo excesivo- riesgo, Ruz ,F, Manual de consenso sobre alcohol en Atención Primaria, pags 25-26,España, Socidrogaalcohol,

Castaño, G y Calderón G. (2014),Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios, Rev.Latino-Am –Enfermagem. Vol, 22, num 5, pp 739-746

Campo, A,Miranda ,G, Cogollo, Z, 2015,Reproducibilidad del Índice de Bienestar General (WHO-5WBI) es estudiantes adolescentes, Salud Uninorte, Barranquilla; 31(1): 18-24

Clavijo N, 2017, Prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes de la Unidad Educativa Brethren, Universidad Central del Ecuador, Quito Ecuador.

Cortes, M, 2016, Consumo Intensivo de Alcohol, Barcelona, guía. Sociedad Científica Española de Estudios sobre Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías

Consejo Nacional de Control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas-CONSEP. Plan de prevención integral de drogas 2012-2013: 93.

Cogollo, Z, Arrieta,K, Blanca S, Ramos, L, Zapata K, y, Yuranis, B, (2011), Factores psicosociales asociadas al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública, Revista 472 de Salud Pública, Vol,13, num 3, pp, 470-479.

Colqui, M, Ortega, A,Salas, M, Vaiz Rosa, 2015, Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla, Rev, enferm Herediana, vol 8, num 2, pp, 89-96.

de Freitas Paúl, M. C. L., Torgal, R., & others. (2010). Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 18(2), 255–261. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4149>

de la Villa Moral Jiménez, M., Ovejero Bernal, A., Sirvent Ruiz, C., Rodríguez Díaz, F. J., & Pastor Martín, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud mental*, 32(2), 125–138. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252009000200005&script=sci_arttext&tlng=pt

Diez, J. P., Peirats, E. B., & Pérez, F. G. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8, 177–191. Recuperado de <http://www.academia.edu/download/203683/5qier49sv8swflrgqf2.pdf>

Espada, J. P., Carrillo, F. M., & Montesinos, M. H. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12(1), 57–64. Recuperado de <http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/625>

Espada, José P., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(84). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/778/77808402/>

Estado mundial de la Infancia (2011) la adolescencia una época de oportunidades. Armas, N, Díaz, L, Entre voces y silencios: Las familias por dentro, América, 2007.

Fuentes, C. Romero, A. Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. 2014. 2014; 25 (2):68-72.

-Ministerio de Salud Pública (2011), Guía de abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria de Salud, 3-24.

Gallego, A. Critical Recovery of the Concepts of Family, Familiar Dynamics and their Features [Internet]. [Citado 15 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194224362017>

Giedd, JN. G. The teen brain: insights from neuroimaging. - PubMed - NCBI. 2008. 42(4):335-43.

Gómez Trelles, C. P., Gonzáles Méndez, C. M., & González Méndez, R. L. (2014). *Factores que influyen al consumo de drogas en los estudiantes del Instituto Pedagógico Intercultural Bilingüe "Quilloac"*. Cañar, 2014 (B.S. thesis). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20954>

Jiménez, M. de la V. M., Díaz, F. J. R., & Ruiz, C. S. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52–58. Recuperado de <http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8395>

Limones, E, Morila, I, 2017, La educación en el contexto familiar en Sevilla y Provincia(1960-2005). Universidad de Sevilla, Sevilla.

Londoño Pérez, C., & Valencia Lara, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta colombiana de psicología*, 11(1), 155–162. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-91552008000100016

Moore, R, Prevention of underage drinking on California Indian Reservation using individual and Community-level approaches, August, 2018, Vol 108: pag 973.

Moure-Rodríguez, L., Doallo, S., Juan-Salvadores, P., Corral, M., Cadaveira, F., & Caamaño-Isorna, F. (2016a). Consumo intensivo de alcohol y cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 438-443.

Mogrovejo, M, 2017, Funcionalidad familiar y factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la parroquia Cumbe 2015, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.007>

Moure-Rodríguez, L., Doallo, S., Juan-Salvadores, P., Corral, M., Cadaveira, F., & Caamaño-Isorna, F. (2016b). Consumo intensivo de alcohol y cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 438-443. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.007>

Obradors-Rial, N., Ariza, C., & Muntaner, C. (2014). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 381-385. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.004>

Oliva, E. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. UNAM. Junio de 2014; 10 (1):11-20.

Perez, A, Martinez, L, Redondo, M, Alvarez, C, Jimenez, I, & Mesa (2012). Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 51-57 Disponible en <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.03.021>.

Pérez, E, Sánchez, Y, Pérez, R, (2016) Factores de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes, *Multimed*, 20 (2) 308-321.

Peoples RW, et. Lipid vs protein theories of alcohol action in the nervous system. *Annu Rev Pharmacol*. 36:185-201.

Pilatti A, Brussino, S.A y Godoy ,J, (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path, análisis prospectivo, *Revista de Psicología*, 22(1) 22-26

Pineda,N, 2014 Identificación del consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 17 años de la ciudad de Loja en el año 2014 y su relación con factores sociales, Universidad Tecnica Particular de Loja. Loja. Ecuador

Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a7>

Perez , C, Uzcategui R. (20012) Actividades predeportivas orientadas a la prevención del consumo de sustancias ilícitas en adolescentes de la comunidad de Bello Monte I, Valencia edo.Carabobo.

Rial, A., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J., & Golpe, S. (2018). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1212>

Rivero J, Fierro M, Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 2009;13: 113-118.

Romero M,2016, Determinantes sociales del consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato del colegio Daninel Córdova Toral, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador .

Sánchez, C,& Pillon , S; (2011).Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes .*Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 730-737.

<http://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700010>.

Sánchez, J. P. E., Pereira, J. R., & García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531–537. Recuperado de <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/8693>

Santos,M, Leite, M 2010,Reis, P, (2010) Consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia, *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Vol 18, núm. 2, pp.

Sreeramareddy, C. T., Kishore, P., Paudel, J., & Menezes, R. G. (2008). Prevalence and correlates of tobacco use amongst junior collegiates in twin cities of western Nepal: A cross-sectional, questionnaire-based survey. *BMC Public Health*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-97>

Turpo, L, Vásquez, A, 2018, Funcionamiento Familiar y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria, Institución educativa Inmaculada Concepción, Arequipa 2017, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa Perú.

Valenzuela. (2017),Validación de la versión ecuatoriana del test de identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT),Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

Vázquez, María,(2015),Factores de riesgo para el consumo de tabaco en la adolescencia; estado Tamaulipas, México, Universidad de Alicante, México.

-Zahira, M, 2015, Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de secundaria de Chíncha y conocimiento de efectos nocivos, año, 2014,Universidad Autónoma de Ica,Chíncha-Ica-Peru. disponible en: positorio.autonoma-de-ica.edu.pe/bitstream/autonoma-de-ica/120/1/ZAIRA_SACSI_MARGARITA_DORISCONSUMO_DE_TABACO_Y_ALCOHOL_EFECTOS_NOCIVOS.pdf

CAPITULO IX

Anexos

ANEXO 1.



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES/MADRES/REPRESENTANTE LEGAL

Yo Miryan Mercedes Naula Naula estudiante de posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria voy a realizar un estudio de investigación con el tema: CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y MARIHUANA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA PARROQUIA SOLANO Y LOS FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS, 2018 , para lo cual es necesario la participación de su hijo/a: a quien se le entregara un formulario el mismo que será respondido de acuerdo al conocimiento que cada estudiante posee sobre el tema de estudio.

La información será recogida con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que la participación de su hijo/a permitirá crear programas de intervención en el área alcoholismo, tabaquismo y marihuana de los estudiantes.

Yo padre de familia y/o madre de familia o representante legal del estudiante:

.....

De la Unidad Educativa San Sebastián libremente y sin ninguna presión acepto que mi hijo/a participe en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido

Firma del Padre y/o Madre de familia o Representante legal.

Fecha: _____

ANEXO 2.



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ASENTIMIENTO INFORMADO DEL/LA ADOLESCENTE

Yo Miryan Naula estudiante de posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria voy a realizar un estudio de investigación con el tema: CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y MARIHUANA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA PARROQUIA SOLANO Y LOS FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS, 2018 para lo cual es necesario su participación:

Para dicho proyecto se le entregará un cuestionario formulado, el mismo que será respondido de acuerdo al conocimiento que cada uno/a posee sobre el tema de la investigación.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá crear programas de intervención en el área de alcoholismo, tabaquismo y sustancias ilícitas de los adolescentes.

Yo entiendo que mis padres han sido informados previamente sobre mi participación en este estudio, además entiendo que voy a ser sometido/a a una encuesta y que estas pruebas no tienen riesgo alguno porque se mantendrá la confidencialidad de los datos obtenidos. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero por el cuestionario.

Yo, _____ estudiante de la Unidad Educativa San Sebastián

Curso: _____, libremente y sin ninguna presión acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma de el/la adolescente _____

Fecha: _____

ANEXO 3



CUESTIONARIOS

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y MARIHUANA EN ADOLESCENTES
 ESCOLARIZADOS DE LA PARROQUIA SOLANO Y LOS FACTORES PSICOSOCIALES
 ASOCIADOS, 2018 Fecha:

Cuestionario No 1. Datos de filiación Y sociodemográficos			
Sexo:	Masculino _____	Femenino _____	Edad: _____ (años)
Grado o Curso Actual		Etnia	Con quien vives
☐ Quinto de básica _____ ☐ Sexto de básica _____ ☐ Séptimo de básica _____ ☐ Octavo de básica _____ ☐ Noveno de básica _____ ☐ Décimo de básica _____ ☐ Primero de Bachillerato _____ ☐ Segundo de Bachillerato _____ ☐ Tercero de Bachillerato _____		☐ Negro ----- ☐ Blanco ----- ☐ Mestizo ----- ☐ Indígena ----- ☐ Montubio ----- ☐ Afro ecuatoriano -----	☐ Padre y madre _____ ☐ Solo padre _____ ☐ Solo madre _____ ☐ Abuelos _____ ☐ Tíos _____ ☐ Otros _____

Nivel de instrucción de los padres	Estado civil de los padres	Ocupación de los padres
☐ Analfabeto _____ ☐ Primaria completa _____ ☐ Primaria incompleta _____	☐ Soltero _____ ☐ Casado _____ ☐ Viudo _____	☐ Empleado público _____ ☐ Empleado privado _____ ☐ QQ DD _____

☐ Secundaria completa _____	☐ Divorciado _____	☐ Agricultor _____
☐ Secundaria incompleta _____	☐ Unión libre _____	☐ Comerciante _____
☐ Superior _____	☐ Otros. _____	☐ Otros _____
☐ Otros _____		

Anexo: 4.

Escala de Índice de Bienestar General WHO -5 WBI

Durante las dos últimas semanas	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
Me he sentido alegre y de buen ánimo				
Me he sentido tranquilo (a) y relajado (a)				
Me sentido activo (a) y con energía				
Me he levantado sintiéndome bien y descansado (a)				
Mi vida diaria ha tenido cosas interesantes para mí				
Total				

Anexo: 5

HA consumido alguna vez alcohol:

SI _____

NO _____

Si respondió que si continúe respondiendo el cuestionario de Test de AUDIT y el test de presión de los amigos para el consumo de alcohol.

Cuestionario No 4. Test de AUDIT para el consumo de alcohol					
1.- ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?		Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 4 veces a la semana	Cuanto o más veces a la semana
2.- Cuantas unidades estándar de bebidas alcohólicas sueles beber en un día de consumo	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o más
3.- ¿Con que frecuencia tomas 6 o más copas en la misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4.- ¿Con qué frecuencia durante el año pasado te diste cuenta de que no podías dejar de beber una vez que empezabas?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6.- ¿Qué tan frecuentemente bebiste en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, ha tenido remordimiento o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

8.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no podía recordar lo que sucedió porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9.- ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque Ud. ¿Había bebido?	No	Sí, pero no en el curso del último año	Sí, en el último año		
10.- ¿Algún familiar, amigo, médico, o personal sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No	Sí, pero no en el curso del último año	Sí, en el último año		
Total					

Anexo: 6

. Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol		
	Si	No
1. En las fiestas o reuniones con mis amigos (as) me niego a beber alcohol, cuando no quiero hacerlo		
2. Cuando mis amigos (as) me presionan para beber alcohol, les digo que no insistan		
3. Si mi mejor amigo (a) me pidiera que nos emborracháramos y yo no quiero, le diría que "No"		
4. En una fiesta bebería refresco aunque la mayoría estuviera bebiendo alcohol		
5. Puedo rechazar una bebida alcohólica cuando no quiero beber		
6. Si tus amigos estuvieran bebiendo alcohol, beberías con ellos aunque no quisieras		
Total		

Anexo: 7

. Cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL						
FUNCION		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 casa cada uno cumple sus responsabilidades?					
4	¿Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida diaria?					
5	¿Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa?					
6	¿Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos?					
7	¿Tomamos en cuenta las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles?					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema, ¿los demás le ayudan?					
9	¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado?					
10	¿Las costumbres familiares pueden cambiarse ante determinadas situaciones?					
11	¿Podemos conversar diversos temas sin temor?					
12	¿Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda de otras personas?					
13	¿Los intereses y necesidades de cada cual, son respetados por el núcleo familiar?					

14	¿Nos demostramos el cariño que nos tenemos?					
----	---	--	--	--	--	--

Puntaje:	Interpretación:
-----------------	------------------------

Anexo: 8

. Test Fagerström Dependencia Tabaco
A. ¿Cuántos minutos pasan entre el momento de levantarse y fumar el primer cigarrillo? 5 ó menos De 6 a 30 De 31 a 60 Más de 60
B. ¿Encuentras dificultad para abstenerte de fumar en lugares donde está prohibido? Sí No
C. ¿Qué cigarrillo te costaría más abandonar? El primero de la mañana Otros
D. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? Más de 30 Entre 21 y 30 Entre 11 y 20 Menos de 11
E. ¿Fumas más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día? Sí No

F. ¿Fumas cuando no te encuentras bien o cuando estás enfermo?

Sí

No

Total