



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

“CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DEL CANTÓN SALCEDO. ANÁLISIS DE PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS”

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Líneas de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

ANA STEFANY ALMACHE MOYA

Director:

CARLOS RODRIGO MORETA HERRERA, Ms.

Ambato- Ecuador

Julio 2018

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES DE LOS
COLEGIOS DEL CANTÓN SALCEDO. ANÁLISIS DE PREVALENCIA Y
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS”

Líneas de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

ANA STEFANY ALMACHE MOYA



BIBLIOTECA

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps. MS.

f.

CALIFICADOR

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mg.

f.

CALIFICADOR

Adriana Lorena León Tamayo, Ps Cl. Mg.

f.

CALIFICADOR

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra. Mg.

f.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Julio 2018



**SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: ANA STEFANY ALMACHE MOYA, con CC. 0504154287, autora del trabajo de graduación intitulado: “Consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de los colegios del Cantón Salcedo. Análisis de prevalencia y factores de riesgo asociados” previo a la obtención del título profesional de PSICÓLOGA CLÍNICA, en la escuela de PSICOLOGÍA

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, Julio 2018



ANA STEFANY ALMACHE MOYA

0504154287



* BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso por haberme dado la vida y derramado sus bendiciones, para así alcanzar tantos logros y objetivos deseados.

Mis agradecimientos y gratificaciones a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, quien me abrió sus puertas para poder cumplir con mi meta y en particular a la Escuela de Psicología, en donde tuve la suerte de encontrar excelentes maestros, llenos de conocimientos y valores humanos, quienes con paciencia, esmero inculcaron en mí sabiduría y conocimientos necesarios para ser una gran profesional.

Al, Ps. MS. Rodrigo Moreta como tutor de mi trabajo de Investigación quien con grandes conocimientos y carisma supo ayudarme a la culminación de mi trabajo, por lo que le agradezco sinceramente.

DEDICATORIA

Esta dedicatoria va con mucho respeto y gratitud a mis queridos Padres quienes con mucho amor, paciencia y dedicación pudieron guiar mis pasos para poder ser una persona de bien, entregándome su apoyo incondicional para el cumplimiento de mi meta. A mi Tía Elvita, quien supo encaminarme por una vida llena de valores tanto morales como espirituales y estuvo presente en todo mi proceso de desarrollo, llenándome de amor cada día. A mis primos Nataly y Andrés, quienes me han acompañado en este camino con su apoyo incondicional y han estado presentes, compartiendo cada logro de mi vida. A mi familia, quienes confiaron en mis capacidades para salir adelante y me han entregado tan generosamente todo su apoyo.

Gracias a todos por formar parte de mi vida, ser mi fuerza para ser perseverante y poder cumplir mis metas, siempre dando lo mejor de mí.

RESUMEN

La investigación tiene como objetivo identificar la prevalencia del Consumo de Alcohol, Tabaco y los Factores de Riesgo asociados en estudiantes adolescentes de la ciudad de Salcedo. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal con la aplicación de los Cuestionarios: Actitudes hacia el Consumo de Alcohol (ACTICOL), Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol y Tabaco (AUDIT) y Escala de Actitudes hacia el Alcohol y Tabaco. Se contó con 448 estudiantes (58,5% hombres y 41,5% mujeres) de cinco colegios del Cantón Salcedo (83,9% fiscales y 16,1% privados), cursantes entre el primero a tercero año de bachillerato. Con edades comprendidas entre los 15 a los 18 años de edad. Los resultados muestran diferencias por sexo (con una mayor presencia en las mujeres) en el factor sobre Consumo de Riesgo con $t_{(446)} = -2,675$, en el Consumo de Riesgo como Síntomas de Dependencia con $t_{(446)} = -2,531$. En el caso de Consumo de Tabaco también se muestra la presencia de diferencias significativas $t_{(446)} = -2,273$; con predominancia en los hombres. Se concluye que el consumo es superior en el sexo femenino para el alcohol e inverso para el consumo de tabaco y con una presencia de alta disponibilidad de estas sustancias en el contexto académico.

Palabras claves: *Consumo, Alcohol, Tabaco, Prevalencia, Factores de Riesgo*

ABSTRACT

The aim of this study is to identify the prevalence of tobacco and alcohol consumption and the associated risk factors in teenage students in the city of Salcedo. A quantitative, descriptive and cross-sectional study was done with the application of these questionnaires: Attitudes Towards Alcohol Consumption (ATICOL), Alcohol and Tobacco Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the Attitudes Towards Alcohol and Tobacco Scale. 448 students participated (58.5% men and 41.5% women) from five high schools in the city of Salcedo (83.9% public and 16.1% private), aged 15-18 from the levels of the first to third baccalaureate year. The results depict differences by sex (with a higher presence in women) in the risk of consumption factor with $t(446) = -2.675$ and in the risk of consumption with dependence symptoms with $t(446) = -531$. Regarding tobacco consumption, significant differences are present $t(446) = -2.27$ with predominance in men. It is concluded that alcohol consumption is greater in females and the opposite occurs with tobacco consumption. Moreover both substances are highly available in the academic context.

Key words: consumption, alcohol, tobacco, prevalence, risk factors

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Preliminares

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN	18
CAPÍTULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO	3
1.1. Antecedentes	3
1.2. Problema	6
1.2.1. Descripción del Problema	6
1.2.2. Preguntas básicas	8
1.3. Justificación.....	8
1.4. Objetivos	9
1.4.1. Objetivo General	9
1.4.2. Objetivos Específicos.....	9
1.5. Pregunta de Estudio.....	9
1.6. Variables	10
1.7. Delimitación Funcional.....	10
1.7.1. Pregunta 1. ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?.....	10
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO.....	11

2.1. Definición de sustancias de consumo o drogas de consumo.....	11
2.2. Características de una droga de consumo	12
2.3. El Alcohol y el Tabaco.....	14
2.3.1. Generalidades.....	14
2.3.2. Aspectos químicos y de composición del alcohol y tabaco	15
2.3.3. Formas de consumo de alcohol y tabaco.....	17
2.3.4. Efectos fisiológicos en el organismo posterior al consumo	20
2.3.5. Efectos del alcohol y el tabaco en el consumo recurrente	22
2.4. El consumo de Alcohol y tabaco: efectos sociales.....	24
2.4.1. Definición de consumo y consumidor.....	24
2.4.2. Tipos de Consumidores.....	25
2.4.2.1. Tipología en el consumo de alcohol.....	25
2.4.2.2. Tipología en el consumo de tabaco.....	28
2.4.3. Dinámica del consumo de alcohol y tabaco.....	30
2.5. El consumo social y los problemas relacionados	31
2.5.1. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco (DSM-5).....	32
2.6. Causas relacionadas con el consumo social de alcohol y tabaco	41
2.6.1. Causas relacionadas con el consumo patológico de alcohol y tabaco	41
2.7. Factores de Riesgo en el consumo de alcohol y tabaco	43
2.7.1 Definición de riesgo	43
2.7.2. Definición de Factores de riesgo	44
2.7.3. Definición de Factores de Protección	44
2.7.4. Características que se consideran como Factores de Riesgo	45
2.7.5. Factores de riesgo en el consumo de alcohol.....	47
2.7.6. Factores de riesgo en el consumo de tabaco	50
2.8. La adolescencia como factor de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco	51
CAPITULO III.....	54

METODOLOGÍA	54
3.1. Tipo y Diseño de la investigación.....	54
3.2. Técnicas.....	55
3.3. Instrumentos.....	56
3.3.1. Ficha Ad Hoc sociodemográfica.....	56
3.3.2. Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol (ACTICOL-92).....	56
3.3.3. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol y Tabaco (AUDIT).....	59
3.3.4. Escalas de Actitudes hacia el Alcohol y Tabaco.....	59
3.4. Participantes	60
3.5. Procedimiento	61
CAPÍTULO IV.....	63
RESULTADOS.....	63
4.1. Análisis sociodemográfico de los participantes	63
4.2. Análisis de las variables individuales	63
4.2.1 Análisis de las variables demográficas	68
4.2.1 Análisis de las variables demográficas	70
4.3. Análisis del Consumo de Alcohol y Tabaco.....	76
4.4. Análisis comparado por sexo de los componentes de medición del AUDIT Alcohol.....	77
4.5. Análisis comparado por sexo de los componentes de medición del AUDIT Tabaco.....	79
4.6. Posibilidad de contacto de alcohol y tabaco	80
4.7. Análisis de medición de las Circunstancias para el consumo de alcohol y tabaco.....	82
4.8. Análisis de medición de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	84

4.9. Análisis de medición de los Beneficios para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	87
4.10. Análisis de medición de los Problemas para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	90
4.11. Análisis de medición de los Peligros para el Consumo de Alcohol y Tabaco..	92
4.12. Análisis de medición de las Demandas de Ayuda para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	95
4.13. Análisis de medición de los Conocimientos para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	97
4.14. Análisis comparado por sexo de los componentes de medición de las Actitudes de Consumo de Alcohol.....	98
4.15. Análisis comparado por sexo de los componentes de medición de las Actitudes de las Consumo de Tabaco.....	100
4.16. Validación de resultados	103
4.16.1. Análisis de Fiabilidad de las Actitudes de Consumo de Alcohol	103
A.Consistencia Interna de la Escala de Actitudes de Consumo de Alcohol	103
B.Consistencia Interna de la Escala de Actitudes hacia el Consumo de Tabaco.....	104
C.Consistencia Interna de la Escala de Medición del AUDIT Alcohol.....	105
D.Consistencia Interna de la Escala de Medición del AUDIT Tabaco.....	106
E.Consistencia Interna de la Escala de Medición ACTICOL-92.....	107
CAPITULO V	109
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	109
5.1. Conclusiones	109
5.2. Recomendaciones.....	114
BIBLIOGRAFÍA.....	115
ANEXOS.....	123
ANEXO A: Hoja de presentación del proyecto de investigación	123
ANEXO B: Carta de Consentimiento Informado	125

ANEXO C: Ficha <i>Ad Hoc</i> Sociodemográfica.....	126
ANEXO D: Posibilidad de contacto con Alcohol y Tabaco en el Centro de Estudios y en el Barrio.....	128
ANEXO E: Análisis de medición de las Circunstancias para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	129
ANEXO F: Análisis de medición de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	130
ANEXO G: Análisis de medición de los Beneficios para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	131
ANEXO H: Análisis de medición de los Problemas para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	132
ANEXO I: Análisis de medición de la Peligrosidad y Demanda de Ayuda para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	133
ANEXO J: Análisis de medición de los Conocimientos para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	134
ANEXO K: Cuestionario de Visión del futuro (Chang et al., 2001) adaptado por Páez (2004).....	135
ANEXO L: Componentes de Medición de las Actitudes de Consumo de Alcohol.	136
ANEXO M: Componentes de Medición de las Actitudes de Consumo de Tabaco.	137
ANEXO N: Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol (ACTICOL-92)....	138
ANEXO O: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).....	140
ANEXO P: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Tabaco (AUDIT).....	141
ANEXO Q: Hoja de Autorización para Evaluación Psicológica en los Centros Educativos.....	142

ÍNDICE DE GRÁFICOS

TABLAS

Tabla 2.1. Cinco tipos de constituyentes del humo de los cigarrillos	16
Tabla 2.2. Nuevas formas de consumo de alcohol.....	18
Tabla 2.3. Formas de consumo del tabaco	19
Tabla 2.4. Efectos fisiológicos y psicológicos del consumo recurrente de alcohol ...	22
Tabla 2.5. Efectos fisiológicos y psicológicos del consumo recurrente de tabaco	23
Tabla 2.6. Clasificación diagnóstica del consumo de alcohol	25
Tabla 2.7. Trastornos por consumo de alcohol	33
Tabla 2.8. Intoxicación por alcohol.....	35
Tabla 2.9. Abstinencia de alcohol.....	36
Tabla 2.10. Trastorno relacionado con el alcohol no especificado	37
Tabla 2.11. Trastorno por consumo de tabaco	38
Tabla 2.12. Abstinencia de tabaco	40
Tabla 2.13. Trastorno relacionado con el tabaco no especificado	41
Tabla 2.14. Factores psicosociales de riesgo	46
Tabla 2.15. Factores sociales de riesgo	47
Tabla 3.1. Estructura factorial de la ACTICOL-92.....	58
Tabla 3. 2. Estructuras factoriales de las Escalas de actitudes hacia el alcohol y tabaco.....	60
Tabla 4.1. Distribución de los grupos en función de las variables individuales	64
Tabla 4.2. Distribución de los grupos en función de la variable demográfica.....	68
Tabla 4.3. Distribución de los grupos en función de las variables académicas	71

Tabla 4.4. Actitudes hacia el Consumo de Alcohol	77
Tabla 4.5. Actitudes hacia el Consumo de Tabaco	79
Tabla 4.6. Posibilidad de contacto con alcohol y tabaco en el centro de estudios y en el barrio	81
Tabla 4.7. Circunstancias para el consumo de alcohol y tabaco	83
Tabla 4.8. Motivaciones para el consumo de alcohol y tabaco.....	85
Tabla 4.9. Beneficios para el consumo de alcohol y tabaco	88
Tabla 4.10. Problemas para el consumo de alcohol y tabaco.....	90
Tabla 4.11. Peligros para el consumo de alcohol y tabaco	92
Tabla 4.12. Demandas para el consumo de alcohol y tabaco.....	95
Tabla 4.13. Conocimientos para el consumo de alcohol y tabaco	97
Tabla 4.14. Actitudes hacia el Consumo de Alcohol	99
Tabla 4.15. Actitudes hacia el Consumo de Tabaco	101
Tabla 4.16. Estadísticos de fiabilidad de la Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol.....	103
Tabla 4.17. Estadísticos de fiabilidad de Escala hacia el Consumo de Tabaco	104
Tabla 4.18. Estadísticos de fiabilidad de la Escala de Medición AUDIT Alcohol..	105
Tabla 4.19. Estadísticos de fiabilidad de la Escala de Medición AUDIT Tabaco ...	106
Tabla 4.20. Estadísticos de fiabilidad de la Escala de Medición ACTICOL 92	107

GRÁFICOS

Gráfico 4.1. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del sexo.....	65
Gráfico 4.2. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la autodefinición étnica	65
Gráfico 4.3. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la religión.....	66
Gráfico 4.4. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del estado civil.....	67
Gráfico 4.5. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la edad.....	67
Gráfico 4.6. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del sector al que pertenecen	69
Gráfico 4.7. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la situación económica	69
Gráfico 4.8. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del rendimiento académico	72
Gráfico 4.9. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del nivel de estudio.....	72
Gráfico 4.10. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la situación económica	73
Gráfico 4.11. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de repetición de nivel actual.....	74

Gráfico 4.12. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de repetición de niveles anteriores	75
Gráfico 4.13. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del rendimiento académico	76
Gráfico 4.14. Representación gráfica del Análisis comparado por sexo de los componentes de las Actitudes hacia el Consumo de Alcohol.....	78
Gráfico 4.15. Representación gráfica del Análisis comparado por sexo de los componentes de las Actitudes hacia el Consumo de Tabaco.....	80
Gráfico 4.16. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la Posibilidad de contacto con alcohol y tabaco en el centro de estudios y en el barrio.....	82
Gráfico 4.17. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de las Circunstancias para el Consumo de Alcohol y Tabaco	84
Gráfico 4.18. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco	87
Gráfico 4.19. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de los Beneficios para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	89
Gráfico 4.20. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco	91
Gráfico 4.21. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de los Peligros para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	94
Gráfico 4.22. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de las Demandas de Ayuda para el Consumo de Alcohol y Tabaco.....	96
Gráfico 4.23. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco	98

Gráfico 4.24. Representación gráfica del Análisis comparado por sexo de los componentes de las Actitudes hacia el Consumo de Alcohol.....	100
Gráfico 4.25. Representación gráfica del Análisis comparado por sexo de los componentes de las Actitudes hacia el Tabaco	102

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación se encuentra dentro del área del desarrollo humano y salud mental, misma que busca determinar el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de los colegios del Cantón Salcedo mediante un análisis de prevalencia y factores de riesgo asociados. Para realizar la investigación se cuenta con cinco capítulos distribuidos de forma organizada.

El primer capítulo presenta la propuesta de trabajo, donde se identifica el problema de investigación, la justificación para el presente estudio, los objetivos a cumplir y la pregunta de estudio. En el segundo capítulo se ejecuta el marco teórico, donde se detallan las variables de consumo de alcohol y tabaco, así como todos los factores que intervienen e influyen alrededor de las drogas de consumo a nivel general y en los adolescentes.

El tercer capítulo contempla la metodología utilizada en la investigación e incluye el tipo y diseño de investigación, las técnicas e instrumentos psicométricos utilizados, sumado a los participantes y el procedimiento que se llevó a cabo durante la investigación. En el capítulo cuarto se ejecuta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los reactivos psicométricos. Es decir, un análisis sociodemográfico de los participantes, adjunto al análisis cuantitativo de las variables.

En el quinto capítulo se presentan las conclusiones y las respectivas recomendaciones que se han alcanzado a través de la investigación. Seguidamente, se encuentra el apartado de referencias bibliográficas y los anexos de los reactivos psicométricos utilizados en el presente estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1. Antecedentes

En la sociedad existe un alto consumo de drogas permitidas, entre estas se presenta el alcohol, que es la droga de más frecuencia, puesto que hay facilidad de acceso de la mayor parte de personas sin importar la imposición de leyes estatales que se encargan de orientar a la limitación de consumo y también son las encargadas de señalar que su acceso se da en una edad legal adulta que en la mayoría de los países son de 18-21 años de edad, como menciona Gonzálvez, Espada, Guillén, Secades y Orgilé (2016) quienes realizaron un estudio con 1,455 estudiantes de secundaria de entre 13 y 18 en donde se determinó que el consumo de sustancias es una de las conductas de mayor riesgo y más frecuentes durante la adolescencia, el mismo que tiene múltiples factores que pueden predisponer al adolescente a consumir tanto alcohol como tabaco, independientemente de factores individuales como de personalidad.

Es así, que en un estudio realizado por Pérez y Suarez (2014) con el aval de la Universidad Estatal Península de Santa Elena quienes trabajaron con 140 adolescentes con edades de entre 12 a 14 años, se pudo determinar que las principales causas que propician un consumo de alcohol y tabaco son: las costumbres familiares, las presiones personales y sociales sumado a la publicidad exagerada, este contexto es muy próximo, ya que es una investigación realizada en nuestro país, se puede encontrar que el consumo puede ser motivado por razones cercanas.

En otra investigación realizada en la serranía Ecuatoriana por Rivadeneira y Ruiz (2013) quienes en la localidad de Otavalo trabajaron con los personeros Municipales del cantón señalando que el inicio del consumo de tabaco y alcohol se da en la etapa adolescente y a su vez que el consumo de cigarrillos y alcohol están relacionados, este estudio es semejante al realizado por Pacheco, Mesa y Torres (2014) en la Universidad de Cuenca en estudiantes de la facultad de Medicina y se trabajó con 292 personas en donde se confirma que el 22,7% de la muestra total se manifiesta como consumidor de tabaco o alcohol y el 18,2% asocia el consumo de alcohol con el cigarrillo.

Es importante señalar, que existen muchos factores que motivan al adolescente acercarse por primera vez al consumo de cigarrillo y alcohol entre estos y como señala Pacheco y otros (2014) son la “curiosidad 50,5%, ansiedad 0,7%, nerviosismo 0,3%, y otros factores el 0,7%” (p. 49), es importante señalar que en esa misma investigación se descartó que la usencia de los padres sea factor de riesgo.

Por otro lado, existen investigaciones que logran determinar los factores de riesgo psicosociales en la adolescencia como el estudio realizado por Álvaro (2011) quien evaluó a 779 adolescentes de entre 13 y 17 años de dos colegios de Quito en donde se encontró que el 20,3% de los estudiantes, es decir 236 de ellos iniciaron su consumo con el alcohol a los 12 y 13 años de edad, donde el alcoholismo es predominante en ambos géneros, ya que en esta investigación dentro de la muestra 43% adolescentes hombres y 57% de las mujeres se consideraban alcohólicos lo que denota un crecimiento rápido del consumo en ambos géneros, siendo un factor importante la presión del grupo social, en donde cada vez es más normal el consumir tabaco o alcohol.

A su vez, existen factores psicoemocionales que colocan en riesgo al adolescente para acercarse al consumo de una determinada sustancia. En un estudio realizado por Cano (2012) quien evaluó a 1266 estudiantes de entre 15 a 18 años de edad halló que los estados de ánimo negativo son factores más frecuentes en el adolescente y estos son: tristeza, nerviosismo y la soledad, es importante señalar que investigaciones como esta no solo se centraron en la depresión, sino más bien en estados de ánimo negativos, siendo el estado de ánimo de nerviosismo el que tiene mayor relación con el consumo de tabaco semanal.

Por todo lo anteriormente mencionado es importante la presente investigación ya que no solo se enriquecerá la literatura científica en esta área, la originalidad de la misma radica en las variables con las que se trabajara y en la población en la cual se aplicará el estudio, pues recordemos que los nuevos enfoques de salud a nivel mundial buscan trabajar en la prevención y en la promoción, pues con esto se evita un daño a posteriori en la salud, misma que implica un mayor uso de recursos a nivel afectivo, social, individual y económico, lo que garantiza un impacto importante directamente sobre la población de estudio y de forma indirecta con todo aquel que desea hacer uso de la información.

A su vez es transcendental destacar que existe el suficiente material teórico y bibliográfico que sustentará el proyecto investigativo, lo que garantiza que el estudio pueda llevarse a cabo y tener una mejor calidad, apegada a los estándares requeridos para un proyecto de investigación en las ciencias sociales.

1.2. Problema

1.2.1. Descripción del Problema

Según el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP, 2015) manifiestan que “el consumo de alcohol y tabaco que se da en las y los adolescentes entre las edades promedio de 12 y 17 años, siendo la iniciación los planteles educativos, con un porcentaje de 51.4% a nivel de las 23 provincias del Ecuador” (p.13). Este fenómeno se replica en los adolescentes del Cantón Salcedo a quienes se les observa que la ingesta de alcohol y el consumo de tabaco en las y los adolescentes de los colegios ubicados se realiza en los hogares, los lugares aledaños al barrio, los parques, centros clandestinos o no aptos para menores e incluso dentro de las instalaciones de los centros educativos. Este consumo es contundente y además se lo realiza tanto en grupo, entre compañeros de colegio, amigos, familiares y desconocidos; así como también de manera individual.

Se entiende por consumo de alcohol y tabaco “al empleo de dosis que alteran el estado normal de la persona en búsqueda de un reforzamiento positivo o negativo como: sensaciones de placer, energía inmediata, potencia sexual, alivio del estrés o problemas emocionales” (Garrido, 2013, p. 3). Es decir que, se consume en un principio para generar una respuesta gratificante aunque peligrosa a mediano y largo plazo.

Según Sánchez (2014) “los factores de riesgo que permiten que se desarrolle este problema son de naturaleza multifactorial: factores individuales, del grupo de amigos, familiares y de la comunidad” (p.56). Así como también influencias genéticas y

ambientales. Se entiende que los factores de riesgo son “características dentro de la persona, condiciones de la familia, características a nivel de la escuela o la comunidad, que aumentan la probabilidad de los jóvenes a participar en problemas de comportamiento” (Alaska, 2011, p. 45). Es decir en este caso los factores de riesgo aumentan la probabilidad del consumo de alcohol y tabaco en los y las adolescentes, generando un cambio de conducta y la posibilidad de tornarse como un comportamiento agresivo dentro de la sociedad en la que se desenvuelven, con la tendencia a ser dependientes de las sustancias psicotrópicas.

Si bien se identifica que existe el consumo de alcohol y tabaco entre las y los adolescentes, no se conoce a ciencia cierta datos sobre la prevalencia, la frecuencia de consumo, el tipo de sustancias que consume, la forma del consumo, la distribución categórica del consumo, la edad de inicio del consumo, la intensidad del consumo, los grupos vulnerables derivados del consumo, los factores de riesgo asociados, entre otros. Por lo que se hace necesario realizar un estudio descriptivo exploratorio de la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco, el patrón de consumo y los factores de riesgo asociados.

Los hallazgos encontrados servirán para poder conocer la dinámica del consumo de alcohol y tabaco, los patrones de consumo y los factores de riesgo en los adolescentes de los colegios del Cantón Salcedo para a posterior desarrollar planes y programas de intervención psicológica en el consumo de sustancias.

1.2.2. Preguntas básicas

¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

Aparece en los y las adolescentes al ingresar a la secundaria debido a las características que estas presentan; además aparece representado por una insatisfacción con la vida actual y con el futuro, síntomas ansiógenos, preocupación, estrés y agresividad.

¿Por qué se origina?

Por conflictos familiares, sociales y educativos.

¿Dónde se detecta?

Se detecta en los Colegios de la Ciudad de Salcedo.

1.3. Justificación

Este proyecto de investigación se efectuó con el propósito de brindar un aporte a las Instituciones Educativas del Cantón Salcedo, para conocer la prevalencia del alcohol, tabaco y los factores de riesgo asociados.

Los hallazgos encontrados servirán para poder conocer la dinámica del consumo de alcohol y tabaco, los patrones de consumo y los factores de riesgo en los adolescentes de los colegios del Cantón Salcedo para a posteriori desarrollar planes y programas de intervención psicológica en el consumo de sustancias.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Identificar la prevalencia del Consumo de Alcohol, Tabaco y los Factores de Riesgo asociados en adolescentes de los Colegios de Salcedo.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Fundamentar los aspectos teóricos relacionados con el Consumo de Alcohol, Tabaco y los Factores de Riesgo asociados en adolescentes.
2. Medir las condiciones actuales de manifestación del Consumo de Alcohol, Tabaco y los Factores de Riesgo asociados en adolescentes de los Colegios de Salcedo.
3. Realizar un análisis de tipo descriptivo exploratorio sobre la prevalencia y las condiciones actuales del Consumo de Alcohol, Tabaco y los Factores de Riesgo asociados.
4. Elaborar un informe empírico explicativo de la prevalencia del Consumo de Alcohol, Tabaco y los Factores de Riesgo asociados.

1.5. Pregunta de Estudio

¿Cuál es la prevalencia del Consumo de Alcohol, Tabaco y Factores de Riesgo asociados en los colegios de la ciudad de Salcedo?

1.6. Variables

Variable 1: Consumo de Alcohol y Tabaco.

1.7. Delimitación Funcional

1.7.1. Pregunta 1. ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?

Como resultado final se logrará identificar la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y los factores de Riesgo asociados en los y las adolescentes de los Colegios de Salcedo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Definición de sustancias de consumo o drogas de consumo

En los adolescentes el consumo de drogas recreativas o de consumo como: el tabaco y el alcohol, son empleadas con frecuencia, además de ser las más conocidas. Como expresan Núñez y Ortiz (2010) las sustancias de consumo son “cualquier sustancia que se usa de manera recreativa por sus efectos sobre las actividades motoras, sensoriales o cognitivas” (Núñez & Ortiz, 2010, p. 151). El término droga de consumo equivale también al término sustancia psicotrópica que engloba a las drogas de consumo legal e ilegales.

Para este estudio la expresión droga hará referencia a las sustancias psicoactivas (SPA) que no involucran necesariamente dependencia hacia la misma. A juicio de Aza (2017) las drogas son “una mezcla bruta de compuestos, de los cuales por lo menos uno de ellos tiene actividad farmacológica” (p. 25). Por lo tanto, éste tipo de sustancias son las que inician al adolescente en el consumo, para más tarde pasar hacia las drogas ilícitas, mismas que trasladan al individuo a experimentar placer, bienestar y suprimir contrariedades, lo que origina dependencia o abuso de sustancias. En primera instancia, el tabaco es la droga con la que inician los adolescentes en el consumo, y acto seguido el alcohol es la segunda sustancia mayoritariamente consumida.

Al respecto Ferreira y Torgal (2010) manifiestan que “los adolescentes presentan mayor tendencia para consumos del tipo *binge drinking* [consumo de varias bebidas alcohólicas en una solo ocasión, cinco o más para los muchachos, cuatro o más para las muchachas] y para embriagarse” (p.2), desde esta perspectiva las drogas de consumo llegan a convertirse en conductas encausadas hacia el riesgo personal.

Las sustancias de consumo como el alcohol, están estrechamente coligadas al tabaco, y por consiguiente, ésta última se convierte en una droga puente (Chacón *et al.*, 2016). Es decir el acceso a la primera conduce inmediatamente hacia el uso de la otra, y han llegado a convertirse en una problemática de salud pública, de modo que juntas constituyan un elemento predictor del consumo de drogas recreativas.

2.2. Características de una droga de consumo

Las drogas de consumo tienen como base general, producir cambios en los procesos mentales de cognición y afectividad de los individuos. Las SPA no prohibidas como el alcohol y tabaco tienen alto potencial adictivo o de abuso y es que “las personas que consumen drogas, lo hacen porque los llena de energía, entusiasmo, bienestar, sensación de poder, confianza para enfrentarse a los otros” (Muñoz, Sandstede & Klimenko, 2017, p. 154).

Bajo éste ángulo, Núñez y Ortiz (2010) manifiestan que el potencial de abuso es la “capacidad de una droga para reforzar el consumo: su propensión al consumo excesivo... Los factores que determinan el potencial... incluyen el método de aplicación y la velocidad del inicio, la duración y la naturaleza del efecto de la droga”

(p. 381), a propósito de éstos factores existen otros dos que están coligados a ellos, como son: la clase de sustancia psicoactiva que el sujeto consume y el ambiente circundante.

En referencia al alcohol etílico lo que la hace una droga con alto potencial de abuso es la forma en cómo se percibe la ingesta etílica y esto se logra gestionando la idea que tiene el consumidor acerca de beber etanol, así pues “la publicidad asocia el consumo de alcohol con la diversión, la amistad, la felicidad, la atracción sexual, la libertad, la independencia, el ser joven, el prestigio social, el deporte” (Sánchez, 2005a, p.14). En resumen se busca mostrar al individuo que todas las personas fuman y obtienen un cierto prestigio social, además de que dicho producto es accesible y está disponible para ser experimentado.

En el caso del tabaco, Sánchez (2005c) explica que la nicotina “es una droga con una enorme capacidad de generar adicción. Una muestra del poder de la nicotina para 'enganchar' a quienes fuman es que de cada tres estudiantes de Secundaria que prueban el tabaco dos acaban consumiéndolo de forma habitual” (p.4), dicho de otra forma el tabaco estimula y tranquiliza al adolescente, lo que conduce al sujeto hacia un consumo regular, y esto hace que para el adolescente sea más difícil dejar de fumar.

El alcohol y tabaco bajo términos sociales, son medios de acompañamiento del adolescente frente a la búsqueda de sensaciones, libertad y aventura. Al respecto de esto Barbosa, Segura, Garzón y Parra (2014) sostienen que dichas drogas de consumo “poseen efectos placenteros y son socialmente aceptados, son dos de las primeras SPA a las cuales tienen fácil acceso los adolescentes” (p. 56), y esta es la principal

característica que atrae al adolescente hacia el consumo social y recreativo del etanol y la nicotina, de modo que él o ella puedan “sentirse bien, lograr la aceptación de un grupo social y perder la vergüenza de hacer [hablar] cosas que en estado sobrio no harían” (Carrasco, C.M. Quispe, Quispe y Ávalos, 2015, p. 818) e incluso a través del acto de fumar mostrar individuación y reconocimiento social frente a los pares.

2.3. El Alcohol y el Tabaco

2.3.1. Generalidades

La palabra alcohol proviene del término árabe *alcohol* para referirse a un polvo fino de antimonio que usaban las mujeres de la península arábiga para oscurecerse los ojos, tiempo después se denominaría alcohol, al líquido producto de la destilación de productos orgánicos destinados al consumo humano; ya en el siglo XVI Paracelso un médico, astrólogo y alquimista trasmuta la denominación de alcohol hacia el término de alcohol etílico (Godoy, Herrera & Ulloa, 2003). El alcohol etílico es una de las bebidas más populares de consumo masivo a nivel mundial.

A todo esto, Pérez (2001) define al alcohol etílico como “el procedente de la destilación, redestilación o rectificación de líquidos obtenidos a partir de materias vegetales amiláceas o azucaradas autorizadas, y que hayan sufrido la fermentación alcohólica” (p. 335), lo que significa que es apto para el consumo humano el vino, cerveza, whisky, ron, ginebra, vodka, tequila, entre otras bebidas alcohólicas.

Por otra parte, el nombre tabaco proviene del árabe *tubbaq* palabra que hace referencia a ciertas hierbas medicinales que al utilizarse producían mareo. Antes que nada, el

tabaco tiene un origen en las tribus nativas de América cuyo uso era como un método ritualista, recreativo, curativo y mágico de la población (Anders, 2016). Es a partir de la industrialización del tabaco que aparece la denominación de cigarrillo.

Además, cabe señalar que el tabaco es un “producto que se extrae de la planta *Nicotiana Tabacum* y del que se elaboran los cigarrillos, los puros y el tabaco para pipa y tabaco de liar” (Becoña *et al.*, 2010). Asimismo el componente psicoactivo del tabaco es la nicotina, misma que crea dependencia en las personas, de hecho la forma más común de consumo del tabaco es en el denominado cigarrillo.

2.3.2. Aspectos químicos y de composición del alcohol y tabaco

Las drogas sean éstas legales o ilegales están formadas por un principio activo que produce dos efectos: la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

Ante esto Del Nogal (2012) indica que:

La tolerancia consiste en que a medida que haces más uso de la droga, necesitas tomar más para conseguir los mismos efectos... El Síndrome de abstinencia se refiere a que si uno no toma la droga, experimenta una sensación desagradable que intenta evitar volviendo a consumir. (pp. 21-22)

Es debido a los dos fenómenos anteriormente descritos que el individuo no puede dejar de consumir, por lo que resulta “especialmente perjudicial a edades tempranas en las que el organismo [en especial el cerebro] se está desarrollando y madurando, con riesgo importante para la salud física y psíquica” (Vázquez *et al.*, 2014, p. 126), de

cualquier modo el adolescente no toma en consideración las consecuencias del consumo.

Para comenzar, el alcohol etílico o etanol es “un alcohol alifático (C₂H₅OH), líquido, incoloro, con un peso molecular de 46 *daltons* y una densidad de 0,8 g/ml (0,791). Es un disolvente polar que atraviesa con facilidad las membranas celulares” (Mencías & Mayero, 2000, p. 335). Para tomar la categoría de bebida alcohólica, en la composición química del alcohol etílico debe estar presente “el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1% de su volumen” (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2008, p. 18). En consecuencia con cierta dosis, el alcohol etílico altera la conciencia del sujeto, convirtiéndose en una especie de sedante. Por otro lado, el tabaco y el humo que expede, tiene cinco componentes químicos que son: la nicotina, el monóxido de carbono, irritantes, alquitranes y los compuestos cancerígenos, mismos que se detallan a continuación en la Tabla 2.1.

Tabla 2.1.

Cinco tipos de constituyentes del humo de los cigarrillos

Nicotina	Es un alcaloide natural no oxigenado y muy tóxico.
Monóxido de carbono	Gas de elevado poder tóxico.
Irritantes	Se incluyen aquí fenoles, ácidos orgánicos, benzoquinona, acroleína, aldehídos, peróxido de nitrógeno y ácido cianhídrico.
Alquitranes	Son productos generadores de alteraciones cancerígenas directas e indirectas.
Compuestos cancerígenos	Destacando el grupo de los hidrocarburos aromáticos policíclicos, y, de entre ellos, el 3-4 benzopireno.

Fuente: Junquera *et al.* (2005, p. 490)

En definitiva, al ser la nicotina el componente primordial del tabaco esta droga de consumo “tiene propiedades tanto estimulantes como sedantes. Es la sustancia psicoactiva que produce el mayor nivel de mortalidad prematura por las sustancias nocivas que van en el humo que se inhala” (Becoña *et al.*, 2010, pp. 301, 302), esto explica los resultados cancerígenos del tabaco.

Frente a esto la investigación de Villegas, Alonso, Alonso y Guzmán (2014) afirma que “el vivir más eventos vitales estresantes durante la adolescencia se relaciona con un mayor consumo de alcohol o tabaco” (p. 44), por consiguiente los individuos utilizan como medio de resistencia frente a situaciones, sean estas transitorias a no, a las drogas legales de consumo masivo.

2.3.3. Formas de consumo de alcohol y tabaco

La forma de consumo más común del alcohol es a través de la mucosa oral, pero existen otras tres nuevas modalidades de intoxicación alcohólica rápida que son: *eyeballing*, *tampax on the rocks*, y *oxy-shots*. Estas tres formas son denominadas por los adolescentes como 'beber con el cuerpo' y se explican a continuación cada una en la Tabla 2.2.

Tabla 2.2.***Nuevas formas de consumo de alcohol***

Eyeballing	Consiste en introducir alcohol directamente a la mucosa ocular, el efecto alcohólico es mínimo porque evita la circulación.
Tampax on the rocks	Se utiliza tampones embebidos con vodka que se introducen por la vagina o el ano, permitiendo potenciar el impacto tóxico del alcohol, ya que evita el paso por el hígado y va directamente a la circulación sanguínea [impide en los adolescentes el aliento a licor].
Oxy-shots	Se inhala alcohol con oxígeno en aerosol como si fuese un broncodilatador [dispositivos de nebulización], consiguiendo una mayor absorción y una rápida acción, ya que evita el metabolismo hepático.

Fuente: Carrasco *et al.* (2015, p. 818)

Las tres formas de consumo anteriormente descritas corresponden al denominado *binge drink* que hace referencia al alcohol étílico y a “la ingesta de cinco o más dosis para hombres y cuatro dosis para mujeres en un corto intervalo de tiempo” (Dos Santos *et al.*, 2017, p. 2). Por lo tanto, la intoxicación alcohólica bajo estos métodos se convierte en una ingesta que no requiere un tiempo prolongado de consumo, pero gracias al esnobismo de la época, el adolescente obtiene sensaciones pocos usuales, evento que no sucedería, si consume alcohol de forma 'tradicional'.

Cabe señalar que el uso de plataformas virtuales permite a los adolescentes acceder a nuevas formas de experimentar la ingesta etílica como: inyectar o dejar reposar las gomitas azucaradas en licor, así como también mezclar la bebida alcohólica con energizantes. De acuerdo con Gutiérrez, Rodríguez, Pérez, Martínez y Sagredo (2015) la bebida energética esta “asociada a palpitations y a posibles futuras afecciones cardíacas... El uso simultáneo de dos o más sustancias es común en los jóvenes, pudiendo esto potencializar los efectos de alguna de ellas y producir un efecto

indeseado” (p. 47-48), de igual modo los adolescentes tienden a consumir diferentes tipos de alcohol étlico sin discriminar las bebidas fermentadas, de las destiladas, fortificadas o de los licores y cremas lo que provoca malestar corporal (resaca) o en la jerga juvenil conocido como el 'chuchaqui'.

En contraste, se encuentra el tabaco cuyo consumo varía en dependencia de la preferencia del individuo, mismo que va desde el uso percutáneo (piel), aspiración y fumado (respiratoria), hasta el masticado (gastrointestinal). Para el *National Institute on Drug Abuse* (2017) y el Consejo Interamericano Sobre Espiritualidad Indígena (2014), el tabaco tiene varias formas de consumo que se describen en la Tabla 2.3.

Tabla 2.3.

Formas de consumo del tabaco

Percutánea	Se fuma el tabaco y se expulsa el humo sobre todo el cuerpo, asimismo pueden realizarse compresas, escupir el jugo de tabaco sobre la dermis o en forma de polvo untarlo y realizar masajes mezclados con saliva en la piel, todo ello con un objetivo netamente terapéutico.
Respiratoria	Refiere a fumar el tabaco e incluye cigarrillos, cigarros, <i>bidis</i> [cigarro de la India/Asia enrollado en hoja de <i>kendu</i> o <i>temburni</i> , atado con un hilo de color] y cigarrillos de clavo. Algunas personas fuman hojas sueltas de tabaco en pipa o en una pipa de agua llamada narguile o <i>hookah</i> .
Gastrointestinal	Incluye el tabaco para mascar, el <i>rapé</i> húmedo o seco [tabaco molido hasta que quede refinado], el tabaco sin humo o llamado <i>dip</i> se mastica y la pasta húmeda denominada <i>snus</i> que es un tipo de <i>rapé</i> húmedo, que se les puede agregar sabores.

Fuente: NIDA (2017, p. 490); CSEI (2014)

Además, el CSEI (2014) expone que en las etnias indígenas amazónicas a lo largo de América Latina, el tabaco ha tenido significancia Chamánica de tipo ancestral y cultural, misma que va desde beber el tabaco en forma de jugo e infusión, hasta fines mágicos o terapéuticos como supositorios para el estreñimiento o antiparasitario.

2.3.4. Efectos fisiológicos en el organismo posterior al consumo

El alcohol y el tabaco producen efectos sobre el sistema nervioso central SNC de los individuos y a esto se le denomina SPA o en el argot popular como 'droga', misma que “introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas del nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y ... del comportamiento” (Bobes, Casas & Gutiérrez, 2011, p. 18), de tal modo que pueden provocar en el sujeto sensaciones de inquietud o su vez satisfacción.

Por una parte Galimberti (2002) explica que:

El alcohol actúa como un depresivo y como un narcótico. La ingestión de una dosis limitada produce un cierto grado de desinhibición de las emociones y de la instintividad, pero también la disminución del control por lo que se lleva a la ingestión de más alcohol; con el aumento de la dosis se registran perturbaciones visuales, reducción del campo de la atención y la conciencia, disminución en el tiempo de reacción a los estímulos, falta de coordinación motriz, por lo tanto sopor, sueño y, en casos extremos, coma. (p. 38).

Esto significa que el etanol provoca disminución de la actividad neuronal, así como también languidez en las funciones psíquicas y corpóreas del individuo, pero los consumidores “pueden controlar sin problemas su consumo y no beber nada durante

días o semanas” (Becoña *et al.*, 2010, p. 25). Cabe señalar que el tipo de consumo del que trata en este caso, es más de tipo recreativo y social.

Del mismo modo el tabaco actúa sobre el SNC donde la nicotina a través de liberar varios neurotransmisores en especial la dopamina, activa en el consumidor los receptores que llevan su mismo nombre para después concentrarse en el hipocampo, sistema reticular e hipotálamo y al ser una droga altamente adictiva el fumador no logra mantener un consumo controlado o moderado, contrariamente a lo que sucede con el alcohol, cuyo consumidor es más de tipo social (Becoña *et al.*, 2010). La nicotina al ser una droga psicoactiva produce “efectos conductuales... que comprenden un mayor estado de alerta y sensaciones de calma” (Núñez & Ortiz, 2010, p. 344), y esto se debe a las inhalaciones profundas que hace el sujeto en cada aspiración y exhalación.

Toda sustancia que ingresa al organismo humano provoca un cambio bioquímico, energético y molecular que por medio del torrente sanguíneo llega al cerebro y promueve cambios en la elaboración de la dopamina, un neurotransmisor que es el centro del placer (Consuegra, 2010), y en la búsqueda de dicha sensación los individuos pueden llegar a convertir el consumo social con los pares, en una adicción.

Es necesario señalar que “tanto el etanol contenido en las bebidas alcohólicas como el tabaco en los cigarrillos tienen efectos placenteros percibidos como ansiolíticos, y que actúan como reforzadores” (Villegas *et al.*, 2014, p. 42), de tal forma que el consumo se retroalimenta.

2.3.5. Efectos del alcohol y el tabaco en el consumo recurrente

El alcohol y el tabaco generan efectos tanto fisiológicos que refiere a lo orgánico o funcional, y los efectos psicológicos que indican los estados afectivos y cognitivos en quienes los consumen. Para empezar se detallan a continuación los efectos del alcohol en la tabla 2.4.

Tabla 2.4.

Efectos fisiológicos y psicológicos del consumo recurrente de alcohol

Efectos fisiológicos

El primera instancia el alcohol ralentiza la actividad cerebral y al aumentar su consumo [de 30 a 90 min después] se da una pérdida gradual de autocontrol, y el control del habla y de las extremidades se vuelve difícil, el tiempo de reacción del sujeto es lenta; la excitabilidad y desinhibición inicial [el algunos casos sexual] van seguidas de sueño, cansancio, descoordinación y en niveles altos de consumo pueden ocurrir náusea, vómito, alteraciones visuales, pérdida de la conciencia e incluso un paro respiratorio fatal.

Efectos psicológicos

El alcohol produce en un primer momento cierta sensación de euforia y desinhibición [conductual y emocional], en dosis pequeñas el individuo puede experimentar impresiones de calidez, ventura y confianza pero luego genera una conducta agresiva [el algunos casos], alteraciones de la atención, memoria, concentración y la percepción [del riesgo y falsa seguridad].

Fuente: Núñez & Ortiz (2010, p. 199); Sánchez (2005a, p. 7-8)

El individuo que ingiere alcohol etílico tras un consumo recurrente tolera (aumenta el umbral de sensibilidad) altas dosis de alcohol. En pocas palabras 'el cuerpo se acostumbra' a la ingesta alcohólica, no le produce daño alguno (Souza, 2007), así mismo el adolescente tiene conocimiento de los efectos que se describen anteriormente y a pesar de ello bebe, debido a que “en la mayoría de los países latinoamericanos el uso de bebidas alcohólicas forma parte de la vida cotidiana, como un acto social y

cultural consolidado dentro de las costumbres sociales” (Telumbre & Sánchez, 2015, p. 80), más concretamente el entorno acepta la ingesta alcohólica. Ahora bien, el tabaco también provoca efectos fisiológicos y psicológicos en las personas, mismos que se describen en la Tabla 2.5.

Tabla 2.5.

Efectos fisiológicos y psicológicos del consumo recurrente de tabaco

Efectos fisiológicos

La nicotina actúa sobre las zonas del cerebro que regulan el placer, motivo por el cual algunos fumadores se sienten relajados después de fumar pero en dosis elevadas, es sumamente venenosa, produce síntomas como mareos, diarrea, vómito, estremecimientos, espasmos, inconsciencia, ataque cardíaco y potencialmente la muerte por parálisis de los músculos respiratorios

Efectos psicológicos

Después de absorber el humo del cigarrillo la nicotina hace que los fumadores sientan cierta estimulación, con la aparición de un estado de alerta y el aumento de la atención.

Fuente: Núñez & Ortiz (2010, p. 344); Sánchez (2005c, p. 6)

De igual manera que el alcohol el sujeto conoce de los efectos del consumo y eso es lo que promueve la experiencia de fumar, lo que indica que dicho hábito tiene un tinte más bien de tipo social, por ejemplo: en los años setenta los amigos eran quienes ilustran al adolescente en la iniciación de la inhalación, para el adolescente de dichos años “la imagen del fumador correspondía con la transgresión, la heterodoxia, la diversión. Los no fumadores parecían más serios y aburridos” (Córdoba & Samitier, 2009, p. 9), en definitiva y sin ir más lejos la idea del joven fumador de los años setenta, es igual al del adolescente actual.

2.4. El consumo de Alcohol y tabaco: efectos sociales

Las sustancias de consumo han sido consideradas como una problemática de salud pública, por ello resulta necesario comprender las concepciones básicas sobre la dinámica del consumo.

2.4.1. Definición de consumo y consumidor

El consumo se define como la utilización de bienes o servicios para satisfacer las necesidades o deseos de las personas (Castaño & Jurado, 2016), por lo tanto el consumo forma parte de una sociedad industrializada y moderna. Ahora bien, desde la perspectiva de Baudrillard (1968) el consumo “es un modo activo de relación [no sólo con los objetos, sino con la colectividad y el mundo]...no son los objetos... los que constituyen el objeto de consumo: solamente son el objeto de la necesidad y la satisfacción” (p. 223), por consiguiente el ser humano en una sociedad de consumo, no solo busca satisfacer sus necesidades básicas, sino que también está impulsado por las propias motivaciones.

En relación al alcohol la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) buscan regular el expendio de licor para disminuir el consumo en adolescentes y adultos. Por una parte la OMS clasifica el consumo del mismo en tres categorías que se explican en la Tabla 2.6.

Tabla 2.6.***Clasificación diagnóstica del consumo de alcohol***

Consumo sensato	Patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones.
Consumo perjudicial	Conlleva consecuencias sociales y también para la salud física y mental. Consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres
Consumo dañino	Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión

Fuente: Telumbre & Sánchez (2015, p. 81); OPS (2008, p. 2)

Por otra parte, se define al consumidor como al “individuo que compra [o adquiere de otro modo] y usa bienes o servicios” (Núñez & Ortiz, 2010, p. 105), por lo tanto el consumidor es el eje primordial del consumo. Frente a esto Rovira (2017) asegura que el consumidor debe ser visto como una persona que se mueve dentro de un ambiente, mejor dicho ser consumidor es un rol circunstancial, cuyas acciones y motivaciones están dirigidas a la compra de productos que satisfagan deseos o motiven una adicción, según corresponda el caso.

2.4.2. Tipos de Consumidores

Existen diversos tipos de consumidores tanto del alcohol, así como del tabaco y cada uno de ellos permiten tener una visión más amplia del tipo de bebedor y fumador.

2.4.2.1. Tipología en el consumo de alcohol. Según el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) existe una tipología en los consumidores o bebedores

de alcohol, y establece cuatro tipos, así: a) Bebedor abstemio; b) Bebedor moderado o social; c) Bebedor constante o problema; y d) el Alcohólico. En la opinión de Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2009) los grupos de bebedores se diferencian uno de otro en “la motivación de beber, la intensidad del consumo, el patrón de ingesta y las manifestaciones clínicas psicosociales” (p. 442), características que admiten poder identificarlos. Para continuar con la tipología señalada, se explica cada una de ellas.

- a) **Bebedor abstemio.** Para González y Manjarrez (2002) el bebedor abstemio es un consumidor poco frecuente, esto significa que “son los que toman una copa ocasionalmente. Este grupo parece mostrar un control total de la cantidad que ingiere y nunca beberá más de una copa, a lo sumo dos” (p.19), dicho de otro modo, estos bebedores solo consumen una copa o vaso de alcohol por motivos de celebración e incluye una bebida etílica suave con una frecuencia de una o dos veces al año.

- b) **Bebedor moderado o social.** Este tipo de bebedor es frecuente y aquí se encuentra ubicada la mayor parte de la población que ingiere licor. Los miembros de este grupo “toman bebidas alcohólicas en toda ocasión social... es posible que a veces lleguen a intoxicarse ligeramente... son consumidores con controles aprendidos, necesarios para el grupo al que pertenecen” (González & Manjarrez, 2002, p. 20), en definitiva estos consumidores no se embriagan, y prefieren la ingesta de licor los fines de semana y con una intención de por medio. Cabe señalar que para el NIAAA (2017a) una ingesta moderada de alcohol es de “hasta 1 bebida por día para las mujeres y hasta 2

bebidas por día para los hombres” (párr. 1) por esta razón no llegan a la embriaguez.

- c) **Bebedor constante o problema.** En este grupo se encierran los individuos que “beben diariamente, los que lo hacen en exceso y con regularidad y los que se emborrachan frecuentemente... aunque beben en exceso, conservan el completo control y no se vuelven dependientes o adictos al alcohol” (González & Manjarrez, 2002, pp. 20-21), pero dichos bebedores pueden llegar a conductas de irresponsabilidad debido a que la ingesta alcohólica va dirigida hacia un solo objetivo, la embriaguez, e incluso los sujetos toman medidas cautelares de qué bebida alcohólica consumen y el grupo de amigos con los que bebe. El NIAAA (2017a) resalta que se considera una ingesta excesiva cuando se consume “4 bebidas para mujeres y 5 bebidas para hombres, en aproximadamente 2 horas” (párr. 2), con la frecuencia de un día en las últimas cuatro semanas, lo que a fin de cuentas hace al sujeto terminar alcoholizado.
- d) **El Alcohólico.** Para Cosacov (2007) el alcohólico refiere a una “tendencia a la ingesta de alcohol... [en cuya] formación confluyen tanto componentes de predisposición hereditaria así como factores educativos y culturales” (p. 27), sin ir más lejos los bebedores de este grupo ya tienen problemas por su manera de beber, pero el sujeto es indiferente ante la conexión entre la dependencia que ha generado hacia alcohol y las problemáticas producto de consumir, lo que significa sin duda alguna que el individuo:

A pesar de sus intenciones personales, empieza a beber o bebe demasiado en los momentos y lugares más inadecuados. Para él, la primera copa desata una reacción en cadena que ya no puede controlar; deja de tener sentido todo lo que es importante para él cuando está sobrio. (González & Manjarrez, 2002, p.24).

En este punto del consumo el sujeto requiere de ayuda profesional. Bajo esta misma línea la National Survey on Drug use and Health (NSDUH) realizó una Encuesta Nacional de 2016 sobre uso de drogas y salud, patrocinada por la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) en donde encontraron que existe un consumo fuerte de alcohol cuando el individuo bebe los cinco días de la semana en los últimos treinta días.

2.4.2.2. Tipología en el consumo de tabaco. Por otro lado, el tabaco también tiene una tipología de fumadores. Y bajo este ángulo Polaino y De las Heras (2006) clasifican a los fumadores en cuatro tipos, así: a) Fumador negativo; b) Fumador drogodependiente; c) Fumador hedonista y, d) Fumador habitual y crónico. Todos ellos se describen a continuación:

- a) **Fumador negativo.** El fumador negativo consume en “situaciones de crisis, de ansiedad y de conflicto. Emplea el tabaco como un sedante para reducir sus sentimientos negativos de temor ansiedad y nerviosismo” (p. 191), este fumador está adaptado al uso del tabaco para regular sus emociones, lo que fortifica la conducta fumadora y produce quietud y agrado.
- b) **Fumador drogodependiente.** A este tipo de fumador le desagrada no tener tabacos disponibles, dado que hay mayor deseo de fumar y llega a encender un tabaco para seguir rápidamente a otro “este comportamiento es generalmente

automático y supone un refuerzo continuo a nivel motor y emocional” (pp. 191-192), por lo cual se convierte en un círculo de recompensa.

- c) **Fumador hedonista.** El fumador hedonista disfruta de fumar tabaco tiempo después de ingerir algún alimento, aduciendo que es un relajante (Polaino & De las Heras, 2006), por ello no puede dejar dicho hábito conexo a un estado de bienestar y sosiego.

- d) **Fumador habitual y crónico.** En esta tipología el fumador no es totalmente consciente de la forma en que está fumando, la cual es recurrente. En este grupo están ubicados “los grandes fumadores de tabaco [más de tres cajetillas diarias]. El automatismo es aquí completo” (p. 192), en este punto el individuo no es capaz de percibir el modo y la cantidad en que está consumiendo tabaco, lo que deriva en ser perjudicial para la salud.

Los tipos de fumadores anteriormente descritos se condensan concretamente en los denominados 'fumadores activos ' y análogamente a ellos se encuentran los 'fumadores pasivos' que pueden derivar en igual o peores consecuencias de absorber lo que expele el fumador activo. Es mucho más grave si el sujeto fuma dentro de un contexto cerrado como: bares, comedores, dependencias públicas o privadas, entre otros lugares (Espinoza, 2015), ya que promueve el contacto directo con el humo del tabaco, mismo que posee residuos altamente tóxicos y que pueden causar cáncer a pesar de que el sujeto no es fumador activo.

2.4.3. Dinámica del consumo de alcohol y tabaco

El alcohol y el tabaco forman parte de la sociedad y sus tradiciones, al ser las SPA legales han logrado posicionarse como las drogas más consumidas y preferidas de jóvenes y adultos sin importar sexo, edad o *status* social-económico.

El alcohol de cierta forma reúne a un grupo humano, y es que “la gente bebe para socializar, celebrar y relajarse. El alcohol a menudo tiene un fuerte efecto en las personas, y a lo largo de la historia, hemos luchado por comprender y controlar el poder del alcohol” (NIAAA, 2017b, párr. 1), así como también el dominio del tabaco, al que muchos individuos etiquetan como el símbolo de libertad, serenidad, autocontrol o para eludir el aburrimiento.

Existe un alto componente sociocultural dentro de la dinámica del consumo de alcohol y tabaco, son producto y síntoma conductual de una sociedad. Al respecto del tabaco “la influencia que el grupo de amigos ejerce sobre el adolescente como factor iniciador del consumo de tabaco es igualmente potente... comenzar a fumar no es otra cosa que un mecanismo de integración en un determinado grupo” (Córdoba & Samitier, 2009, p.17). En resumen el individuo se construye a través de la cercanía con sus pares y a pesar de que la experiencia con el tabaco no le resulte agradable por los componentes del mismo, accede como método de inclusión y aceptación.

Desde el punto de vista de la psicología social Myers (2005) recalca que los grandes anunciantes de tabaco a nivel mundial se sienten aludidos al ser denominados 'asesinos

de masas' por estar completamente conscientes del daño que generan al producir tabaco y además:

No se sienten muy complacidos cuando el ex funcionario de la Dirección General de Salud Pública de Estados Unidos, C. Everett Koop (1997), les dice: 'pandilla sórdida que nos ha defraudado, engañado y mentido durante tres décadas'. Por el contrario, defienden el derecho de los fumadores a elegir. '¿Se trata de un problema de adicción?', pregunta un vicepresidente. 'No lo creo. Las personas hacen todo tipo de cuestiones para expresar su individualidad y protestar contra la sociedad. Fumar es sólo una de ellas, y no la peor' (Myers, 2005, p.165)

No se puede ignorar que el comercio de las drogas lícitas acarrea grandes sumas de dinero a las Industrias Tabacaleras y Alcohólicas. No obstante, la OPS (2008) advierte que “el consumo de alcohol, los daños relacionados y la dependencia coexisten a lo largo de un continuum. No son entidades estáticas y los individuos pueden moverse hacia delante y hacia atrás dentro de ese continuum durante sus vidas” (p. 2), y esto también aplica para el tabaco. Definitivamente las SPA legales son una forma de negocio y la dinámica de consumo no parará mientras el alcohol y tabaco dejen de ser tolerados por la misma sociedad.

2.5. El consumo social y los problemas relacionados

La ingesta etílica y el fumar se convierten en situaciones problemáticas cuando en el consumo, el sujeto ha perdido el control de la forma en que consume, la frecuencia en que lo hace y todas las consecuencias tanto sociales e individuales que derivan del mismo. En el área social el sujeto consumidor de alcohol y tabaco (usado como mecanismo de calma) no logra controlar los deseos de fumar o beber, y tiende a dejar de lado todo aquello que es satisfactorio y productivo en estado de sobriedad y sin

tabaco para consumir. Más aún, la persona consumidora empieza a cronificar la ingesta etílica y la cantidad de cigarrillos que fuma y termina en contraer trastornos psicológicos, mimos que se explican a continuación.

2.5.1. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco (DSM-5)

La Asociación Americana de Psiquiatría APA (2014) mediante el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 clasifica a los trastornos relacionados con el alcohol en cuatro categorías, a) Trastorno por consumo de alcohol; b) Intoxicación por alcohol; c) Abstinencia de alcohol; y finalmente Otros trastornos inducidos por el alcohol, en el que se encuentra el d) Trastorno relacionado con el alcohol no especificado. Todos se detallan a continuación:

a) Trastorno por consumo de alcohol

A continuación se detallan los criterios diagnósticos para un trastorno por consumo de alcohol ver Tabla 2.7.

Tabla 2.7.***Trastornos por consumo de alcohol***

Criterios diagnósticos

- A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
 5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
 7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
 11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haber cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de

3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haber cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza si el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Fuente: APA (2014, pp. 490-491)

Para poder realizar un diagnóstico adecuado acerca de un individuo que padezca trastorno por consumo de alcohol, se deben tener en cuenta todos los criterios diagnósticos anteriormente mencionados y analizarlos meticulosamente, de modo que no existan posteriores confunciones.

b) Intoxicación por alcohol

En la Tabla 2.8 se describen los criterios diagnósticos para una intoxicación por alcohol.

Tabla 2.8.***Intoxicación por alcohol***

**Criterios
diagnósticos**

- A. Ingesta reciente de alcohol.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol.
 - 1. Habla disártrica.
 - 2. Decoordinación.
 - 3. Nistagmo.
 - 4. Alteración de la atención o de la memoria.
 - 5. Estupor o coma.

Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Fuente: APA (2014, p. 497)

Estos criterios diagnósticos son indispensables para identificar si un individuo padece de intoxicación por alcohol y no confundirlo con otros diagnósticos.

c) Abstinencia de alcohol

Del mismo modo se detallan los criterios diagnósticos para la abstinencia de alcohol ver Tabla 2.9.

Tabla 2.9.***Abstinencia de alcohol***

Criterios diagnósticos

- A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
- B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A:
1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej., sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).
 2. Incremento del temblor de las manos.
 3. Insomnio.
 4. Náuseas o vómitos
 5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
 6. Agitación psicomotora.
 7. Ansiedad.
 8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificar se aplica en las raras circunstancias en las que aparecen alucinaciones (habitualmente visuales o táctiles) con un juicio de realidad inalterado, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium.

Fuente: APA (2014, pp. 499-500)

La abstinencia de alcohol es uno de los diagnósticos de vital importancia, cada uno de dichos criterios facilitan un análisis pertinente del individuo, así como poder descartar otro tipo de padecimiento.

d) Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

A continuación se detallan los criterios diagnósticos para un trastorno relacionado con el alcohol no especificado ver Tabla 2.10.

Tabla 2.10.

Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el alcohol que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el alcohol o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos y trastornos adictivos relacionados con sustancias.

Fuente: APA (2014, p. 503)

Si no se ha logrado identificar un trastorno en referencia al consumo de alcohol y los criterios no encajan o cumplen adecuadamente dentro de los criterios para otros padecimientos, el trastorno relacionado con el alcohol no especificado aplica para dicho sector.

De igual forma la APA (2014) a través del DSM-5 clasifica a los trastornos relacionados con el tabaco en tres categorías, a) Trastorno por consumo de tabaco; b) Abstinencia de tabaco; y finalmente Otros trastornos inducidos por el tabaco, en el que se encuentra el c) Trastorno relacionado con el tabaco no especificado. Todos se describen a continuación:

a) Trastorno por consumo de tabaco

En la Tabla 2.11 se detallan los criterios diagnósticos para un trastorno por consumo de tabaco.

Tabla 2.11.

Trastorno por consumo de tabaco

Criterios diagnósticos

-
- A. Patrón problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.
 5. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., interferencia con el trabajo).
 6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).
 7. El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej., fumar en la cama).
 9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
 12. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
-

-
- a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco.
 - b. Se consume tabaco (o alguna sustancia muy similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
-

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haber cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto criterio A4, “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haber cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto criterio A4, “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En terapia de mantenimiento: El individuo está tomando una medicación de mantenimiento desde hace tiempo, como un sustituto de la nicotina, y no cumple ningún criterio del trastorno por consumo de tabaco para esa clase de medicación (salvo tolerancia o abstinencia e la medicación sustitutiva de la nicotina).

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al tabaco.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Fuente: APA (2014, pp. 571-572)

Para diagnosticar de forma oportuna acerca de un individuo que padezca trastorno por consumo de tabaco, se deben tener en cuenta todos los criterios diagnósticos anteriormente mencionados de forma que no existan posteriores confusiones.

b) Abstinencia de tabaco

A continuación se detallan los criterios diagnósticos de la abstinencia de tabaco ver Tabla 2.12.

Tabla 2.12.***Abstinencia de tabaco***

Criterios diagnósticos

- A. Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.
 - B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:
 - 1. Irritabilidad, frustración o rabia.
 - 2. Ansiedad.
 - 3. Dificultad para concentrarse.
 - 4. Aumento del apetito.
 - 5. Intranquilidad.
 - 6. Estado de ánimo deprimido.
 - 7. Insomnio.
 - C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia por otra sustancia.
-

Fuente: APA (2014, p. 575)

La abstinencia de tabaco es uno de los diagnósticos que facilitan un análisis apropiado del individuo, puesto que cada uno de los criterios permite descartar otro tipo de trastorno.

c) Trastorno relacionado con el tabaco no especificado

Del mismo modo se detallan los criterios diagnósticos para un trastorno relacionado con el tabaco no especificado ver Tabla 2.13.

Tabla 2.13.***Trastorno relacionado con el tabaco no especificado***

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el tabaco que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el tabaco de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Fuente: APA (2014, p. 577)

Si no se ha logrado identificar un trastorno por consumo de tabaco y los criterios no encajan o se cumplen dentro de los criterios para otros padecimientos, el trastorno relacionado con el tabaco no especificado aplica para dicho diagnóstico.

2.6. Causas relacionadas con el consumo social de alcohol y tabaco

El consumo de SPA lícitas (alcohol y tabaco), tienen una forma de origen, un principio, que abre la puerta para la experiencias con otras sustancias. A continuación se explican las causas relacionadas con el consumo patológico de alcohol y tabaco.

2.6.1. Causas relacionadas con el consumo patológico de alcohol y tabaco

El consumo patológico tanto de alcohol como del tabaco es multifactorial. Ante esto Pérez *et al.* (2015) aseguran que “una de las causas de inicio en las drogas es la personalidad o conducta impulsiva” (p. 371), y es este último factor que durante la

adolescencia, lleva al individuo hacia comportamientos riesgosos sin valorar las consecuencias negativas en salud física y psicológica a corto, mediano y largo plazo.

En la opinión de Ruiz y Medina (2014) lo que incita al consumo es:

La tentación al consumo, la cual ha sido estudiada como un predictor en el mantenimiento de la abstinencia de una persona exconsumidora con indicadores de dependencia a una sustancia en particular y como un factor de predicción ante una recaída. (p. 2).

La probabilidad de consumo patológico es latente en todos los individuos, sin embargo la tentación de la ingesta alcohólica o fumar está estrechamente coligada al sujeto, y la intención de consumir, de algún modo dirige las conductas hacia beber y fumar.

El consumo patológico lleva al sujeto a provocarse graves daños en la salud, trabajo, familia, las interrelaciones con otros e incluso está relacionada con la “discapacidad, detrimento de la calidad de vida y enormes gastos para el Sistema de Salud. Datos estadísticos ponen de manifiesto cambios preocupantes en los hábitos de los adolescentes en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas” (Duffy, 2015, p.372). Por otra parte investigaciones de McClure, Stoolmiller, Tanski, Engels, y Sargent (2013) en el área de *marketing* sobre la Industria Alcohólica afirman que las ideas o pensamientos positivos que tiene una persona sobre ingerir licor están vinculados con el consumo de alcohol en la población juvenil.

Análogamente a esto, la OPS (2008) indica que en el consumo patológico:

El uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Los factores genéticos juegan un rol importante en el consumo perjudicial de alcohol y la dependencia; algunos genes incrementan el riesgo y otros lo disminuyen. (p. 2).

Por consiguiente, la causa de consumo patológico no solo se atribuye a factores ambientales sino también hereditarios, por ello la necesidad de conocer los antecedentes de la ingesta de bebidas alcohólicas o fumar tabaco de los padres durante la adolescencia y también tiempo después.

2.7. Factores de Riesgo en el consumo de alcohol y tabaco

Existen diversos factores de riesgo así como de protección, en el consumo de alcohol y tabaco, cada uno de ellos presenta diferentes características que encausan el mayor entendimiento acerca del individuo y el consumo de dichas sustancias.

2.7.1 Definición de riesgo

Se define al riesgo como “probabilidad de que ocurra un suceso, como sería el riesgo a que se desarrolle una enfermedad o un trastorno... probabilidad de experimentar una pérdida o daño que se asocia con una acción o comportamiento” (Núñez & Ortiz, 2010, p. 451), por lo tanto los individuos que consumen un tipo de droga legal o no, son una población en riesgo. Ante esto el NIAAA (2017c) argumenta que:

El consumo de alcohol entre menores de edad es un serio problema de salud pública en los Estados Unidos. El alcohol es la sustancia de abuso más utilizada entre los jóvenes de los Estados Unidos, y el consumo de alcohol por parte de los jóvenes presenta enormes riesgos para la salud y la seguridad. (párr. 1).

Y a pesar de conocer el riesgo de beber alcohol a edades tempranas de cierto modo se ha convertido en un hecho normótico. Al igual que la ingesta etílica “el consumo de tabaco es la causa principal de enfermedades y muertes prevenibles... El consumo de cigarrillos y la exposición al humo de tabaco representan más de 480,000 muertes anuales en los Estados Unidos” (SAMHSA, 2017, párr. 2), definitivamente quienes consumen alcohol o tabaco están expuestos a varios riesgos, mismo que no deben ser pasos por alto.

2.7.2. Definición de Factores de riesgo

El término factor de riesgo es estimado como el “atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas [mantenimiento]” (Becoña *et al.*, 2010, p. 294), cabe señalar que aquí también se encuentran las características genéticas de cada individuo. Por ello es necesario tomar en cuenta dichos factores para predecir un posible consumo o conducta.

2.7.3. Definición de Factores de Protección

Los factores de protección refieren a el “atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Becoña *et al.*, 2010, p. 294), son estos factores los que admiten al sujeto

no exponerse ante situaciones que lo motiven a consumir y cuente con las herramientas necesarias para descartar la tentación de consumo.

Apelar a estos factores es el punto clave para mitigar el consumo de SPA. Cabe señalar que tanto los factores de riesgo como de protección a parecen en la adolescencia (Muñoz *et al.*, 2017), debido a todos los cambios que suscitan en dicha etapa evolutiva.

2.7.4. Características que se consideran como Factores de Riesgo

Un factor de riesgo entendido como cualquier característica que exponga a un sujeto hacia la posibilidad de padecer una patología, tiene características que admiten considerarse o no de riesgo. Según la OMS (2017) los factores de riesgo más significativos son “la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene” (párr.1). Dicho de otro modo, un peso por debajo del normal y saludable, sexo sin protección, presión arterial alta, beber alcohol-fumar, no tener agua potable (vivienda con servicios básicos), condiciones higiénicas no adecuadas y falta de aseo personal son características que aumentan la probabilidad de sufrir un padecimiento o enfermedad.

En la adolescencia hay diversas particularidades que son tomadas como factores de riesgo. Frente a esto se puede dividir en dos tipos: a) Factores psicosociales de riesgo y, b) Factores sociales de riesgo. A continuación se detallan en la Tabla 2.14.

Tabla 2.14.***Factores psicosociales de riesgo***

Insatisfacción de las necesidades básicas	de las psicológicas	Necesidad de autoafirmación, relación íntima personal y aceptación del grupo de pares.
--	----------------------------	--

Patrones inadecuados de educación y crianza

1. *Sobreprotección*: provocar sentimiento de culpa en el adolescente o rebeldía y desobediencia.
 2. *Autoritarismo*: limita la independencia y personalidad del adolescente.
 3. *Agresión (física o verbal)*: menoscaba la integridad del adolescente, autoimagen, restringe la comunicación familiar.
 4. *Permisividad*: propicia las conductas inadecuadas por falta de límites claros.
 5. *Autoridad dividida*: No hay claridad en normativas y reglas de comportamiento, provoca desmoralización de las figuras parentales.
 6. *Ambiente frustrante*: no hay adecuadas manifestaciones de afecto, hay censura inmotivada y frecuente hacia el adolescente, presencia de castigos, amenazas, intromisiones en la vida privada y a la vez desentendimiento de las problemáticas del adolescente.
 7. *Sexualidad mal orientada*: prejuicios referentes a temas sexuales, se restringe la comunicación entre padres e hijos por el tema de la sexualidad, y en consecuencia el adolescente busca por sus propios medios respuestas erróneas y desinformadas.
-

Fuente: Herrera (1999, p. 40)

Conocer los factores psicosociales de riesgo admiten comprender y prevenir conductas de riesgo orientadas hacia el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes e individuos que usan dichas sustancias. Seguidamente tenemos los factores sociales de riesgo que se describen a continuación en la Tabla 2.15.

Tabla 2.15.***Factores sociales de riesgo***

Inadecuado ambiente familiar	Familia disfuncional, no cumplen los roles, funciones de padres, así como tampoco quedan las reglas claras.
Pertenencia a grupos antisociales:	El adolescente busca autoafirmación y la necesidad de seguir un código grupal.
La promiscuidad	Trae como consecuencias embarazos precoces, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y propicia una autovaloración y autoestima negativa que pueden terminar por deformar la personalidad del adolescente.
Abandono escolar y laboral:	Causa desvinculación del adolescente de la sociedad sin posibilidad de una autoafirmación positiva debido a que no comprueba sus destrezas para enfrentar problemas y asumir responsabilidades, lo que provoca baja autoestima, falta de confianza en sí mismo y posibilidades de desarrollo social.
Bajo nivel escolar, cultural y económico	Le impone al adolescente un enfrentamiento adecuado a las situaciones de conflicto.

Fuente: Herrera (1999, p. 41)

Debido a los factores sociales de riesgo anteriormente descritos el adolescente tiene mayor probabilidad de empezar a fumar y esta es la puerta de entrada para el alcohol y otras SPA no legales.

2.7.5. Factores de riesgo en el consumo de alcohol

Existen diversos factores de riesgo para el consumo de alcohol, y son los adolescentes quienes están más propensos a la ingesta, ya que la conducta propia de dicha etapa “incluye la toma de riesgos, búsqueda de la novedad, exploración de nuevas sensaciones y mayor actividad social, así como comportamientos de imitación de roles

adultos. (López, Alonso, Méndez & Armendáriz, 2016, p. 129), y es que para los y las adolescentes el consumo de alcohol está relacionado con la diversión y en consecuencia frecuentan lugares (centros de diversión) y se exponen a situaciones riesgosas para su edad.

Es en los centros de diversión donde hay mayor desinhibición, aquí el sujeto experimenta “la relajación, la liberación de situaciones obligadas e incluso consideradas incómodas o molestas, en donde las SPA actúan como una variable moderadora en el alcance de estos objetivos” (Barbieri, Trivelloni, Zani, & Palacios, 2012.p.83), debido a que en dichos sitios beber o fumar no está censurado, pero ya es un factor de riesgo el exponerse a lugares inapropiados para él o ella. Así mismo Fuentes, Alarcón, García y Gracia (2015) expresan que:

Variables como el nivel socioeconómico, la estructura familiar, la cohesión familiar, la percepción de la calidad de las relaciones paterno-filiares y el consumo de los padres, entre otras, han sido ampliamente estudiadas e identificadas como factores de prevención o de riesgo para el consumo. (p. 1000).

El factor de riesgo para el consumo de alcohol está determinado por la configuración contextual del sujeto mismo. Por ejemplo, en un ambiente donde los padres son permisivos el riesgo de la ingesta etílica aumenta, lo que deriva en un consumo prematuro (Barragán *et al.*, 2016) y con eso se demuestra la importancia de una relación cálida y con disciplina entre padres e hijos. Frente a esto Martínez, Fuentes, García y Madrid (2013) señalan que:

El estilo de socialización indulgente actúa como un factor de prevención para el consumo de sustancias en adolescentes... los hijos de hogares indulgentes manifiestan ser los que menos sustancias, como el alcohol, tabaco o marihuana, consumen frente a los educados en hogares autoritarios, que serían los más propensos a consumir este tipo de sustancias. (p. 239).

Si el estilo de crianza de los padres es menos coercitivo el adolescente se forma de tal modo que no cae en conductas de riesgo o sede ante la presión de los pares que es la forma más usual de ingerir licor. En consecuencia “se infiere la necesidad de implicar a los padres en los procesos preventivos a fin de crear un ambiente familiar positivo y ofrecer a los hijos un modelo racional y controlado en el uso familiar de bebidas alcohólicas” (Duffy, 2014, p. 49), a fin de cuentas la problemática no es el alcohol sino lo que promueve al adolescente a beber. Asimismo Moreta, Reyes, Mayorga y León (2017) agregan que “la existencia de antecedentes psicológicos familiares e individuales constituyen factores de riesgo que están presentes en más comportamientos y situaciones de riesgo” (p. 29), por lo tanto conocer la información de la familia y la propia, acerca de los trastornos psicológicos dentro del núcleo primario de apoyo lleva a la personas hacia la prevención en el consumo.

Es necesario recalcar que hay un grupo de adolescentes que estan inmersos en una situación de vulnerabilidad social cuyos padres y familias son por sí mismo el mayor factor de riesgo para el consumo de alcohol. El adolescente al querer consolidar su propia identidad sumado a eventos violentos, hostilidad y exclusión, buscan a través de sus iguales ser aceptados y populares convirtiendo a ésta situación en un factor de riesgo sin importar si deben infringir la ley, debido a que “se dejan llevar por la expectativa de experimentar emociones nuevas. El significado que le asignan a la vivencia con su grupo familiar es de falta de apoyo, lo que utilizan para justificar el consumo” (Barbosa *et al.*, 2014, p.53). A pesar de que en dichos casos este presente el factor genético y ambiental, las conductas aprendidas pueden desaprenderse.

2.7.6. Factores de riesgo en el consumo de tabaco

Al igual que en el consumo del alcohol, la familia también es un factor de riesgo para el consumo de tabaco, donde es importante la relación existente entre padres e hijos, si éstos fuman o no, la permisividad que se da a ciertas conductas, y en este punto cabe indicar que si el adolescente tiene hermanos o hermanas que fuman, es muy probable que él o ella también lo haga. El adolescente es su afán por experimentar tiende a la búsqueda de nuevas sensaciones que indiscutiblemente “es un factor de personalidad relacionado con el consumo temprano de sustancias como el alcohol y el tabaco, y algunos de sus rasgos se revelan como factores predictivos del consumo de estas sustancias” (Latorre, Cámara & García, 2014, p. 151). Esta BS incita al consumo de tabaco, aun cuando no haya agrado hacia el mismo.

Por otra parte Villegas *et al.* (2014) argumentan que “los eventos estresantes pueden ser factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, también es posible que el consumo de alcohol o tabaco sea fuente de estrés” (p .35), y dicho consumo está asociado a la adolescencia, una etapa altamente vulnerable. Asimismo y como argumentan Risueño y Ruiz (2015) al respecto del tabaco “ser sedentario es un factor de riesgo para consumir más frecuentemente y, además, para consumir más cigarrillos diarios que los activos... El hecho de realizar modalidades deportivas colectivas se relaciona con una mayor prevalencia del consumo de tabaco” (p.129), por ello la necesidad de practicar deportes individuales, con alta competitividad y disciplina durante la adolescencia.

También son estimados como factores de riesgo, la opinión que cada persona tenga sobre sí misma y la autoestima. Ante esto Muñoz *et al.* (2017) manifiestan que “cuando un sujeto tiene un bajo nivel de autoestima, hace que se sienta incompetente para confrontar situaciones, produciéndole frustración. Las personas que tienen un autoconcepto positivo son menos vulnerables ante las situaciones de riesgo” (Muñoz *et al.*, 2017, p. 154). Sí una persona no logra aceptarse a sí misma y respetar sus propias limitaciones no podrá resistir ante la idea de fumar.

Entre otros factores de riesgo tenemos la edad, ya que, al seguir aumentando, más jóvenes se incluyen en el grupo de fumadores activos y compran mayores cantidades de tabaco. Asimismo, el género de la persona está incluido como un factor de riesgo; el mero hecho de ser mujer ya es considerado riesgoso, a pesar de que “los varones presentan la mayor cantidad de consumo de cigarrillos diarios... hay más mujeres que fuman (habitual o esporádicamente) pero su consumo es más moderado, ya que los varones fuman más cantidad de cigarrillos” (Risueño & Ruiz, 2015, p 129). La estructura corporal y psicológica de la mujer es quien muestra al adolescente que fumar es riesgoso para la salud y mucho más si están en pleno proceso de desarrollo.

2.8. La adolescencia como factor de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco

La adolescencia es una de las etapas evolutivas más importantes del ser humano, en ella se ven inmersos cambios corporales y psicológicos tanto en hombres como en mujeres. Este período es estimado como una construcción social, porque en la cultura occidental es un requisito para ingresar al mundo adulto. En este sentido Papalia,

Wendkos y Duskin (2005) la conceptualizan como una “transición del desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales” (p. 427). Pero esta etapa también supone grandes riesgos por la dificultad de los y las adolescentes en manejar varios cambios a la vez.

Debido a la evidente falta de experiencia de los adolescentes y una creencia de invulnerabilidad, es donde se muestran exequibles en experimentar riesgos y “pasan en ocasiones por el consumo de drogas, que aun siendo legales y socialmente aceptadas, las consecuencias negativas en el desarrollo del adolescente comienzan a hacerse patentes” (Pérez *et al.*, 2015, p. 371). Y es que la ingesta etílica pasa de ser recreativa y social, para convertirse en “una intoxicación aguda o 'borrachera', acompañada de vómitos y mareos... produce la pérdida de conciencia y coma etílico, que hacen necesaria la intervención inmediata de los servicios sanitarios de urgencia” (Sánchez, 2005b, p. 7), que si trasciende a una consumo prolongado y frecuente se convierte en alcoholismo o dependencia hacia el alcohol en la vida adulta.

Desde el punto de vista de Ruiz y Medina (2014) acerca del consumo de bebidas alcohólicas y el tabaco aseguran que “las razones más importantes por las que un adolescente puede involucrarse en el consumo son la curiosidad y el ser parte de un grupo” (p.6), en sí conocer los beneficios sociales de beber y fumar a través de experimentar, además de ser aceptado y pertenecer al grupo de pares son importantes durante esta etapa evolutiva. Además en el tabaco la experiencia de fumar “comienza durante la juventud y la adultez temprana... el 88% de los adultos que alguna vez han fumado diariamente informan que primero fumaron antes de los 18 años” (SAMHSA, 2017, párr. 4). Cabe resaltar que un adolescente fumador en principio no lo hace

porque quiere, sino porque diversos factores le llevaron a dicha situación y al no contar con la madurez emocional frente a la presión de su grupo de iguales, sede ante el consumo.

Por otra parte Moreta-Herrera, Mayorga-Lascano, León-Tamayo e Ilaja-Verdesoto (2017) indican que:

La disponibilidad económica y los centros privados aparecen como factores de riesgo en la exposición al alcohol y el tabaco; la migración académica y la predisposición favorable al consumo constituyen factores de riesgo para la exposición al consumo de alcohol, tabaco y también al de sustancias ilegales. (p. 39).

Dicho de otro modo hay más posibilidades de consumo de SPA durante la adolescencia, por motivo de que son un grupo altamente vulnerable, además al ser estas sustancias de consumo legal y tolerado “existe una percepción social, casi generalizada, que concede mayores repercusiones negativas para la salud al consumo de drogas ilegales... [cuando] el consumo de drogas legales ocupa los primeros lugares en cuanto a los problemas que causan para la salud” (Aza, 2017, p.29). En fin de cuentas, una vez que beber alcohol y fumar no sean conductas tomadas como 'normales' a una edad precoz, el consumo pueda extenderse hasta cuando sea legalmente posible hacerlo.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de la investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo, con alcance descriptivo y de corte transversal. El método general es el científico y el diseño de la investigación es la metodología epidemiológica o de prevalencia y factores de riesgo y de protección.

Es cuantitativa porque las variables pueden ser medidas, es decir admite realizar comparaciones entre valores numéricos. Frente al enfoque cuantitativo Galimberti (2002) indica que “las cualidades psíquicas se prestaban a un tratamiento cuantitativo y, por lo tanto, científico... una ganancia en términos de precisión y de observación” (p. 267). Al poder cuantificar en valores la magnitud de las variables, se puede establecer diferencias y mediante métodos estadísticos establecer conclusiones.

En referencia al alcance exploratorio Hernández, Fernández y Baptista (2010) expresan que:

Se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas. (p. 79).

Esto significa que se busca encontrar toda la información posible de la investigación, con el fin de tener una visión más concreta y específica de las variables de estudio. En cuanto al método general que es el hipotético deductivo aplicado a las ciencias sociales y a la psicología Shaughnessy, Zechmeister y Zechmeister (2007) aseguran que “el método científico es empírico y requiere de la observación sistemática y controlada... evalúan críticamente la evidencia antes de aceptar cualquier afirmación” (pp. 28-29), por lo tanto el investigador se hace interrogantes y utiliza medios lógicos y numéricos para dar respuesta a dichas preguntas.

Por otra parte la metodología epidemiológica “provee los fundamentos para juzgar la probabilidad de causalidad” (Hernberg, 1992, p. 5), dicho de otro modo esto facilita la prevención y comprender la prevalencia (ocurrencia) de aparición de una enfermedad o trastorno y los factores que la cambian. Por último la SAMHSA (2016) expresan que “los factores de riesgo generalmente se asocian con una mayor probabilidad de uso de sustancias, y los factores de protección generalmente se asocian con una menor probabilidad de uso de sustancias” (párr. 1). En resumen estos factores modifican la posibilidad de ocurrencia o no de un fenómeno.

3.2. Técnicas

Las técnicas empleadas se da a través de la observación científica por medio de la ficha *Ad Hoc* sociodemográfica y la entrevista psicológica estructurada mediante el uso de los test psicométricos, con el objetivo de realizar la comprobación de la pregunta de estudio ya que en concordancia con los resultados, se establecerán las conclusiones y recomendaciones.

La observación científica consiste en examinar directamente algún hecho o fenómeno según se presenta espontáneamente y naturalmente, teniendo un propósito expreso conforme a un plan determinado y recopilando los datos en una forma sistemática. Así como lo manifiesta Moreno (2012) “consiste en recibir conocimiento del mundo exterior a través de nuestros sentidos o el registro de información por medio de herramientas e instrumentos científicos” (p. 67). Pues de esta manera tiene la capacidad de describir y explicar el comportamiento, al haber obtenido datos adecuados y fiables correspondientes a conductas, eventos, situaciones perfectamente identificadas e insertas en un contexto teórico.

3.3. Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario estructurado, la Ficha *Ad Hoc* sociodemográfica, y tres test psicométricos que se detallan a continuación:

3.3.1. Ficha Ad Hoc sociodemográfica

En cuanto a la ficha sociodemográfica se recopiló datos como: información general, escolaridad, economía y trabajo, entre otros aspectos de los adolescentes de los colegios del Cantón Salcedo.

3.3.2. Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol (ACTICOL-92)

Esta escala está diseñada para medir la actitud de los adolescentes hacia el consumo de alcohol, la idea que se ha formado sobre la ingesta de licor, sumado a que admite “agrupar los ítems en varias dimensiones que representaran, de una forma

metodológicamente útil, las actitudes que los adolescentes” (Pons, Bejarano & García, 1966, p .183). Es así que la escala ACTICOL-92 valora:

Las percepciones y creencias de adolescentes y jóvenes respecto a la percepción de desajuste de la conducta de abuso, permisividad hacia el consumo habitual de alcohol, las consecuencias negativas derivadas del consumo, la facilitación social o creencia de que el alcohol es vehículo de socialización y las creencias sobre que el consumo de alcohol reduce la tensión o estrés. (Ozuna, 2014, p. 20).

La ACTICOL-92 está constituido por 32 ítems que se puntúan en una escala Likert cuyas posibilidades de respuesta son cuatro, así: 1) totalmente de acuerdo; 2) bastante de acuerdo; 3) bastante en desacuerdo y, 4) totalmente en desacuerdo. Este test está compuesto por cinco factores que se describen en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1.***Estructura factorial de la ACTICOL-92***

Actitud Preventiva	Percepción de desajuste de la conducta de abuso.	Evaluada por los ítems: 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 31 y 32
Actitud Permisiva	Actitudes indulgentes hacia el consumo habitual de alcohol entre los jóvenes.	Evaluada por los ítems: 1, 6, 9, 14, 20 y 27
Consecuencias negativas	Creencia en la existencia de efectos negativos para la salud derivados de la ingesta de bebidas alcohólicas.	Evaluada por los ítems: 4, 5, 8, 10, 12 y 13
Facilitación Social	Actitudes relacionadas con la creencia en el alcohol como vehiculizador de las relaciones sociales.	Evaluada por los ítems: 3, 7, 11, 16 y 29
Actitud Evasiva	Creencia en la dimensión de refuerzo negativo asociada al alcohol, es decir, en su capacidad ansiolítica y aparentemente reductora de tensiones internas.	Evaluada por los ítems: 2, 15, 26 y 3

Fuente: Ozuna (2014, p. 20); Pons, Bejarano y García (1966, p .183)

La confiabilidad de este test se estimó a través del coeficiente de Alpha de Cronbach obteniéndose 0.84 (Ozuna, 2014). De modo que, en el factor de actitud preventiva el o la persona evaluada/o y cuyo puntaje es alto, indica que el adolescente reconoce el abuso de alcohol. Por otra parte en la actitud permisiva, puntuaciones altas significan que el adolescente tiene actitudes de perdón frente a la ingesta de alcohol. En cambio en el factor consecuencias negativas una puntuación superior indica que el sujeto reconoce el consumo constante de alcohol étílico con el pleno conocimiento de las perjudiciales secuelas a nivel social y en la salud. Siguiendo al factor facilitación social un puntaje elevado muestra a los y las adolescentes que consideran al alcohol un

método para socializar e integrarse. Por último en el factor actitud evasiva, un puntaje superior denota en el o la evaluada/o excusas que justifiquen el perdón y la escotomización de los consecuentes nocivos de la ingesta alcohólica (Ozuna, 2014).

3.3.3. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol y Tabaco (AUDIT)

Es un reactivo de 10 ítems creado por la OMS, mismo que admite detectar el consumo riesgoso o dependencia hacia el alcohol étílico o tabaco (cada test por separado). Este test frente a su utilización muestra “una sensibilidad de 80% y especificidad de 89%.... en adolescentes estudiantes de preparatorias rurales de Nuevo León reportaron un Alpha de Cronbach .93 y de 0.8” (Ozuna, 2014, p.22). En el AUDIT los puntajes van de un mínimo de 0 hasta uno superior de 40 puntos, cabe señalar que mientras más elevado sea el puntaje mayor riesgo de consumo. De esta forma, los ítems 1, 2 y 3 valoran frecuencia y cantidad de la ingesta alcohólica o de fumar; los ítems 4, 5 y 6 valoran la posibilidad del evaluado/a de tener un consumo dependiente o de alto riesgo y, finalmente los reactivos 7, 8, 9 y 10 logran identificar un consumo nocivo para el sujeto.

3.3.4. Escalas de Actitudes hacia el Alcohol y Tabaco

Son dos reactivos psicométricos que constan de 13 ítems cada uno, se puntúan en una escala Likert con cinco tipos de respuesta que van desde muy de acuerdo hasta desacuerdo (García et al., 2014). Dicha escala es adecuada para ser utilizada en

adolescentes encontrándose estructuras factoriales de tres componentes como se explica en la Tabla 3.2 a continuación:

Tabla 3. 2.	
<i>Estructuras factoriales de las Escalas de actitudes hacia el alcohol y tabaco</i>	
Escala de actitudes con relación al alcohol	
<i>Tres factores explican una varianza de 64,09%</i>	1. Disposición actitudinal hacia el uso y consumo de alcohol. 2. Índice de desagrado hacia el alcohol. Percepción de satisfacción mediante el uso del alcohol.
Escala de actitudes con relación al tabaco	
<i>Tres factores que explican un total de varianza del 58,51%</i>	1. Disposición actitudinal hacia el uso y consumo de tabaco. 2. Índice de desagrado hacia el tabaco. Percepción de satisfacción mediante el uso del tabaco.
Fuente: García et al. (2014, pp. 83-84)	

Las dos escalas presentan fiabilidad así pues en test-retest ($r > 0,4$, $p < 0,01$), donde una puntuación elevada indica una adecuada salud.

3.4. Participantes

La población de interés para la presente investigación comprende a las y los adolescentes de los Colegios del Cantón Salcedo, que cursan desde primero a tercero de bachillerato y cuya edad promedio oscila entre los 15 y 18 años de edad. Por lo que el número total de casos de interés bordea los 448 casos. En esta población han sido identificados ciertos rasgos llamativos como síntomas ansiógenos, preocupación, estrés y síntomas depresivos, por lo cual el presente trabajo es relevante.

El cálculo del tamaño de la muestra se desarrolla considerando el margen de error de un 3%, con un nivel de confianza del 95% y una probabilidad de coherencia y no coherencia del 50%. Del que se obtiene un tamaño de la muestra de 235 casos. Por lo cual se considera a toda la población de 300 casos para el estudio ya que se acerca al margen estipulado por Mateu y Casal (2003), donde se menciona que para el estudio de prevalencia es necesario un estimado de 384.

La selección de integrantes de la muestra se la realiza mediante el empleo de un muestreo no probabilístico. Este tipo de muestreo según Morales (2005) es “un procedimiento de selección informal de la muestra, en función del investigador” (p.148), es decir que a través de este muestreo se seleccionan a los integrantes arbitrariamente basándose en criterios de inclusión y exclusión.

3.5. Procedimiento

Para la consecución del presente trabajo y en base a los instrumentos elegidos, seleccionamos una muestra de estudiantes de las Unidades Educativas del Cantón Salcedo.

En la recolección de datos, se muestran cuadernillos de evaluación con los cuestionarios antes citados, los mismos que presentan un orden. Así mismo, antes de presentar los cuestionarios, en la primera hoja se da una breve explicación sobre la finalidad de la investigación, la importancia de ser honesto y extender las gracias por la colaboración.

Se contactó previamente con las autoridades explicando el procedimiento, así como todos los aspectos pertinentes a la confidencialidad de los datos utilizados con la finalidad investigadora. Una vez acordados día y hora, se procedió a la presentación del estudio en el grupo aula y a solicitar su colaboración y consentimiento. Finalmente, se aplicaron de forma colectiva los cuadernillos de evaluación con los test.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis sociodemográfico de los participantes

Éste apartado inicial comprende el análisis de las características sociodemográficas que presentan los participantes del estudio y que se dividen en tres secciones principales. La primera comprende el análisis de las variables individuales y familiares de los participantes; la segunda contiene las variables demográficas y la tercera sección incluye a las variables académicas de los participantes.

El estudio comprendió un grupo de 448 participantes para ser evaluados psicométricamente. Para fines didácticos y de mejor comprensión, se lo realizó en 5 colegios, los mismos que se caracterizan por ser: 3 Fiscales y 2 Particulares.

4.2. Análisis de las variables individuales

En el primer segmento comprende el análisis de los resultados de las diversas distribuciones obtenidas en función de las variables como: sexo, autodefinición étnica, estado civil y situación familiar de los grupos previamente establecidos. Las variables cualitativas se muestran con la frecuencia (f) y la representación porcentual (%) (*ver tabla 4.1*).

Tabla 4.1.***Distribución de los grupos en función de las variables individuales***

Variables	Frec.	%
Genero		
Masculino	262	58,5%
Femenino	186	41,5%
Autodefinición étnica		
Mestizo	434	96,9%
Indígena	2	4%
Blanco	12	2,7%
Religión		
Católica	405	90,4%
Cristiano	10	2,2%
Testigo de Jehová	7	1,6%
Creyente sin Identificación	8	1,8%
Ateo	18	4,0
Estado Civil		
Soltero	447	99,8%
Unión Libre	1	2%
	M	Ds
Edad	15,69	1,09

Nota: 448 Observaciones

En la variable sobre sexo o género, se encontró entre los y las participantes adolescentes, que los hombres corresponden al 58,5% de la muestra, mientras que el 41,5% es compuesto por mujeres (*ver gráfico 4.1*).

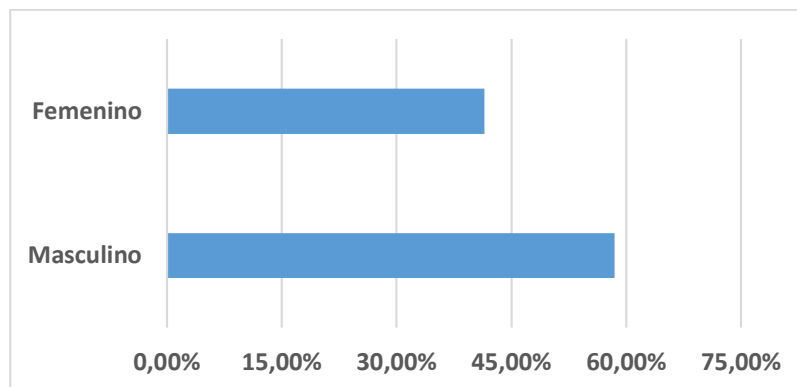


Gráfico 4.1. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del sexo

La representación gráfica muestra una presencia mayoritaria de estudiantes de sexo masculino, que se encuentra ligeramente por encima de los estudiantes de sexo femenino. Esto indica el peso representacional que tienen los hombres en el campo educativo secundario en la ciudad de Salcedo para el presente estudio.

En la variable sobre autodefinición étnica, se encontró entre los participantes que se autodefinen como mestizos el 96.9% del grupo; el 4% como indígenas y el 2.7% como blancos/as (ver gráfico 4.2).

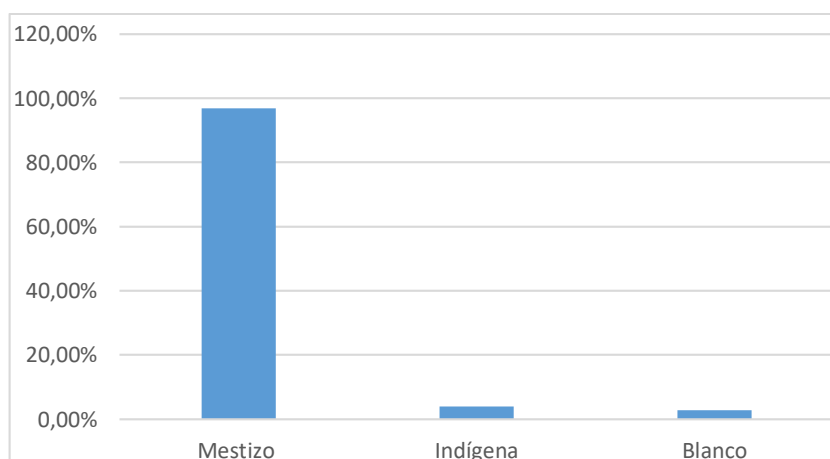


Gráfico 4.2. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la autodefinición étnica

La representación gráfica muestra, el peso que tiene la identificación étnica mestiza, en la misma que se observa que supera considerablemente al resto de opciones. Uno de los aspectos que se debe resaltar es la condición urbana de los centros educativos en los que se realizó el estudio, ya que permite explicar en especial la baja representación de los y las indígenas, ya que su concentración está más presente en el sector rural.

En la variable religión se encontró entre los participantes que el 90.4% son de religión católica; el 2.2% corresponde a cristiano; el 1.6% testigo de Jehová; el 1.8% se da en creyente sin identificación y el 4.0% corresponde a ateo (*ver gráfico 4.3*).

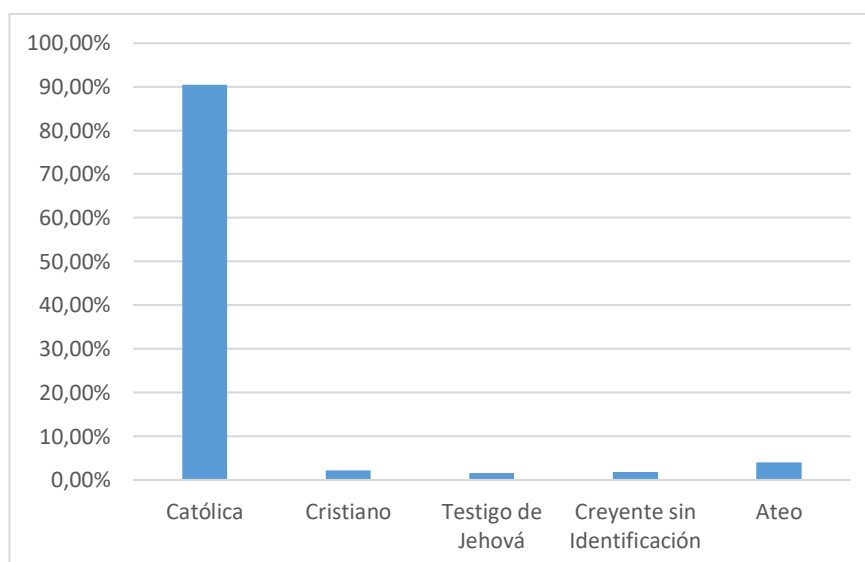


Gráfico 4.3. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la religión.

La representación gráfica muestra una presencia mayoritaria de participantes que se identifican con la religión católica, seguido de los estudiantes que pertenecen a la religión cristiana y ateos. Esto indica el peso representacional que tienen la religión católica en su contexto.

En la variable estado civil se encontró entre los participantes que el 99.8% es soltero/a; el 2% corresponde a una unión libre (ver gráfico 4.4).

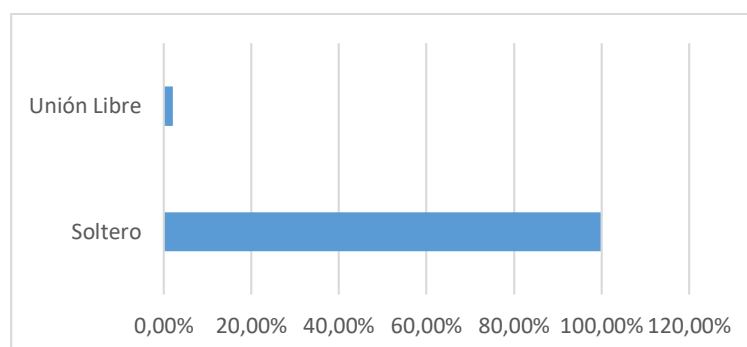


Gráfico 4.4. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del estado civil

La representación gráfica muestra que la mayoría de los estudiantes presentan un estado civil que corresponde a soltero/a, existe un pequeño porcentaje de estudiantes que están en unión libre. Esto quiere decir que hay mayor cantidad de participantes solteros/as en los Colegios de la ciudad de Salcedo para el presente estudio.

En la variable edad se encontró entre los participantes de los Colegios de la ciudad de Salcedo que la edad promedio correspondió a $M= 15.70$; $Ds= 1.09$ (ver gráfico 4.5).

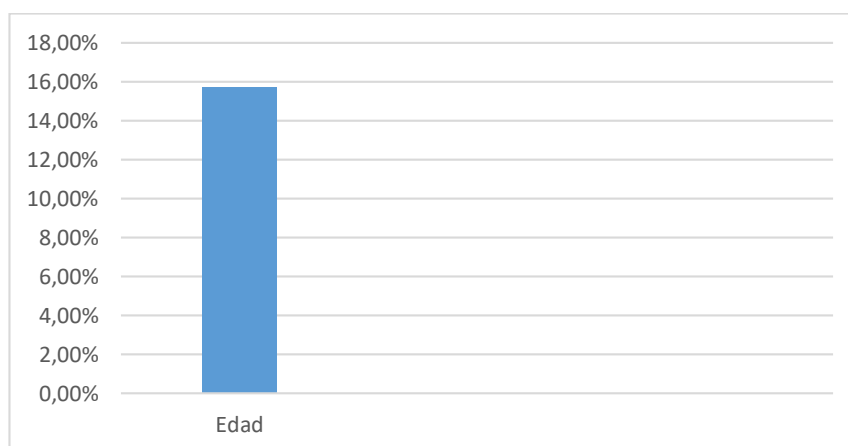


Gráfico 4.5. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la edad

La representación gráfica muestra que la edad promedio de los participantes es de 15 a 16 años. Esto quiere decir que la población se encuentra en la etapa de adolescencia, caracterizada por la exploración y descubrimiento de nuevas cosas, desarrollando sus propias opiniones y su personalidad.

4.2.1 Análisis de las variables demográficas

En la Tabla 4.2 se presenta la distribución de los participantes en función de las variables demográficas que son: sector al que pertenece cada estudiante y situación económica.

En la variable denominada sector al que pertenece cada estudiante, se toma como primera opción urbano y la segunda opción rural.

Tabla 4.2.

Distribución de los grupos en función de la variable demográfica.

Variables	Frec.	%
Sector		
Urbano	257	57,4%
Rural	191	42,6%
Situación Económica		
Regular	119	26,6%
Buena	274	61,2%
Muy Buena	55	12,3%

Nota: 448 Observaciones

En la variable del sector al que pertenecen los participantes, se encontró que el 57.4% pertenecen a un sector urbano y el 42.6% de un sector rural (ver gráfico 4.6).

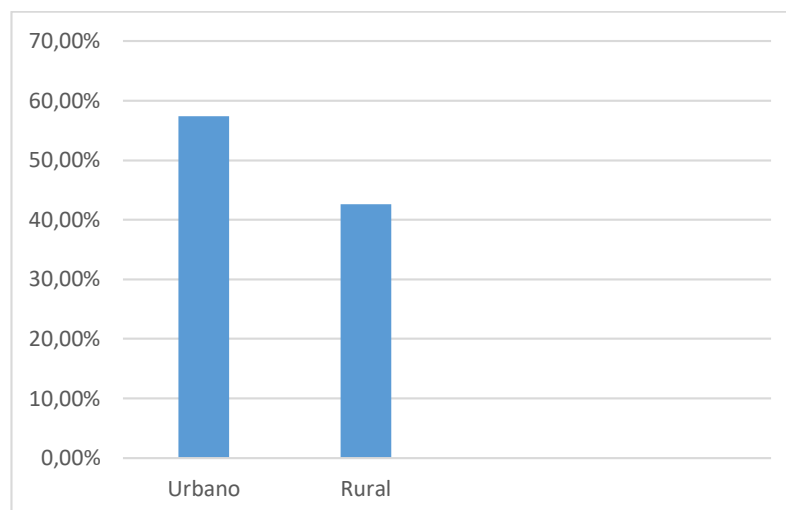


Gráfico 4.6. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del sector al que pertenecen

La representación gráfica indica que la mayor parte de los participantes pertenecen al sector urbano, seguida del sector rural con un menor porcentaje.

En la En la variable situación económica se encontró entre los participantes que el 61.2% tiene una situación económica buena; el 26.6% buena y el 12.3% muy buena (ver gráfico 4.7).

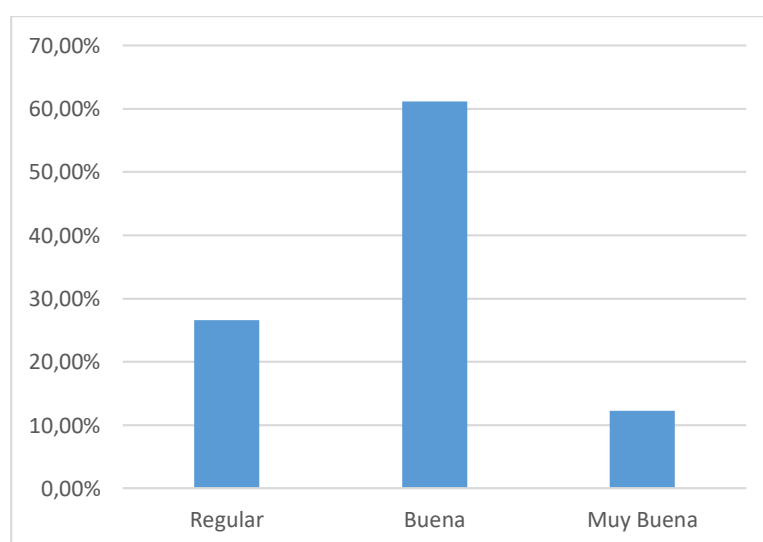


Gráfico 4.7. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la situación económica

La representación gráfica indica que mayoritariamente los estudiantes consideran a su situación económica como buena, seguidos de un porcentaje minoritario de estudiantes que señalan una situación económica mala. Dicho de otro modo, la situación económica de los estudiantes es buena.

4.2.1 Análisis de las variables demográficas

En la tabla 4.3 se muestra la distribución de las variables académicas como: rendimiento académico, nivel de estudios en el que se encuentran los participantes; subsidio económico para estudios, repetición de nivel actuales o anteriores.

Tabla 4.3.***Distribución de los grupos en función de las variables académicas***

Variables	Frec.	%
<i>Rendimiento Académico</i>		
Sobresaliente	37	8,3%
Muy bueno	82	18,3%
Bueno	242	54,0%
Regular	87	19,4%
<i>Nivel de Estudios</i>		
Primero	255	56,9%
Segundo	67	15,0%
Tercero	126	28,1%
<i>Situación Académica</i>		
Estudia y no trabaja	434	96,9%
Estudia y trabaja	14	3,1%
<i>Repetición de Nivel Actual</i>		
Sí	58	12,9%
No	390	87,1%
<i>Repetición de Nivel Anteriores</i>		
Sí	117	26,1%
No	331	73,9%
<i>Rendimiento Académico</i>		
Sobresaliente	37	8,3%
Muy bueno	820	18,3%
Bueno	242	54,0%
Regular	87	19,4%

Nota: 448 Observaciones

En cuanto a la variable rendimiento académico se encontró entre los participantes que el 8.3% corresponde a un nivel sobresaliente; el 18,3% a un nivel muy bueno; el 54.0% corresponde a bueno y 19.4% a regular (ver gráfico 4.8).

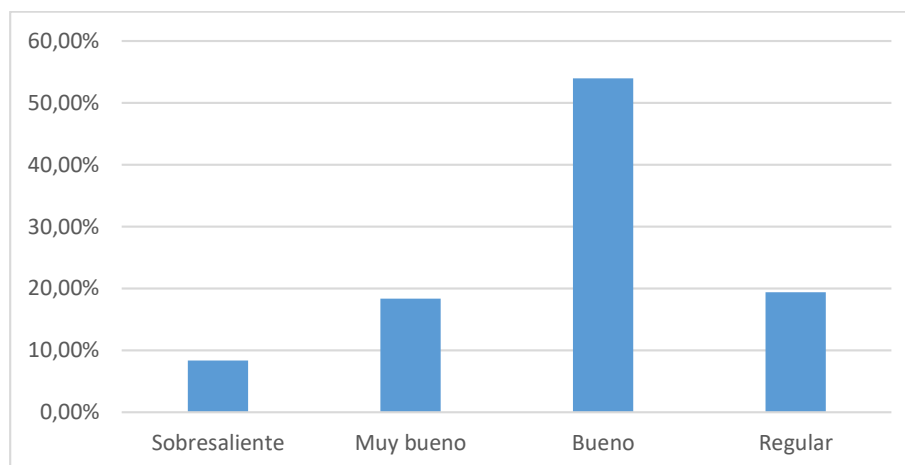


Gráfico 4.8. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del rendimiento académico

La representación gráfica indica que la mayor parte de participantes tienen un rendimiento escolar bueno, seguido de regular y muy bueno. Lo que demuestra un promedio medio a nivel educativo. Por otro lado, la variable nivel de estudio, en los participantes se encontró que el 56.9% corresponde a primero de bachillerato; el 15.0% a segundo de bachillerato y el 28.1% a tercero de bachillerato (ver gráfico 4.9).

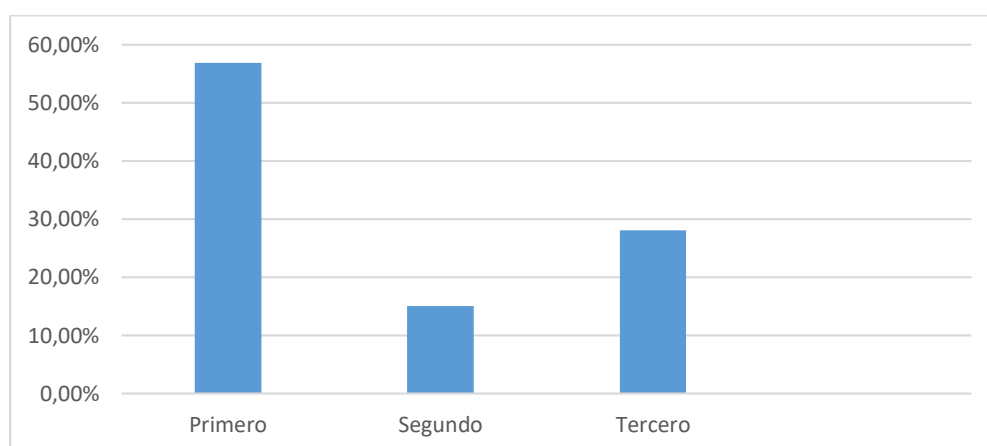


Gráfico 4.9. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del nivel de estudio.

La representación gráfica indica que la mayor parte de participantes corresponde a primero, seguido de tercero y segundo de bachillerato. Denotándose un alto porcentaje en los estudiantes de Primero de Bachillerato.

En la variable situación académica se encontró que el 96.9% de los participantes del proyecto estudian y no trabajan; mientras que el 3.1% restante combina sus estudios con actividades laborales (*ver gráfico 4.10*).

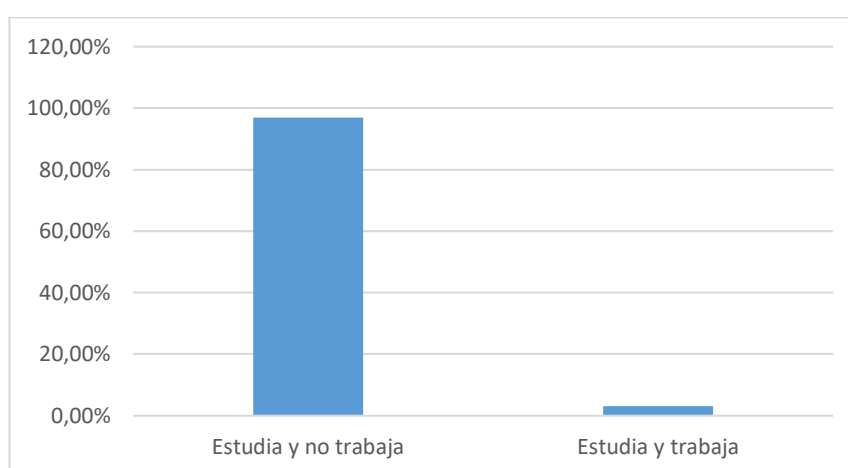


Gráfico 4.10. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la situación económica

La representación gráfica indica que la mayor parte de participantes estudian y no trabajan, es decir, que el tiempo que ellos tienen lo ocupan en actividades de ocio o académicos salvaguardados por la seguridad que les ofrece la situación económica actual. Sin embargo, es notable saber que un segmento pequeño de bachilleres combina sus estudios con actividades de trabajo, aun cuando esto no es recomendable por su edad y su situación académica. No se conoce a ciencia cierta las razones que motiven la necesidad de realizar prácticas laborales.

En la variable de repetición de nivel actual, el 12.9% si han repetido y el 87.1% no han repetido el nivel actual (*ver gráfico 4.11*).

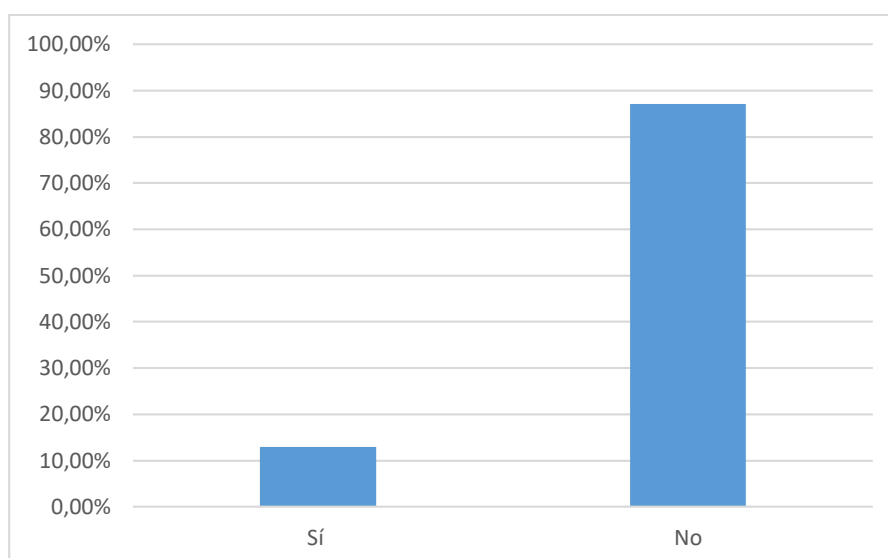


Gráfico 4.11. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de repetición de nivel actual

La representación gráfica indica que la mayor parte de participantes no han repetido el nivel actual de estudios, lo que demuestra que poseen responsabilidad ante las actividades educativas.

En la variable repetición de niveles anteriores, el 26.1% sí han repetido y el 73.9% no han repetido niveles anteriores (*ver gráfico 4.12*).

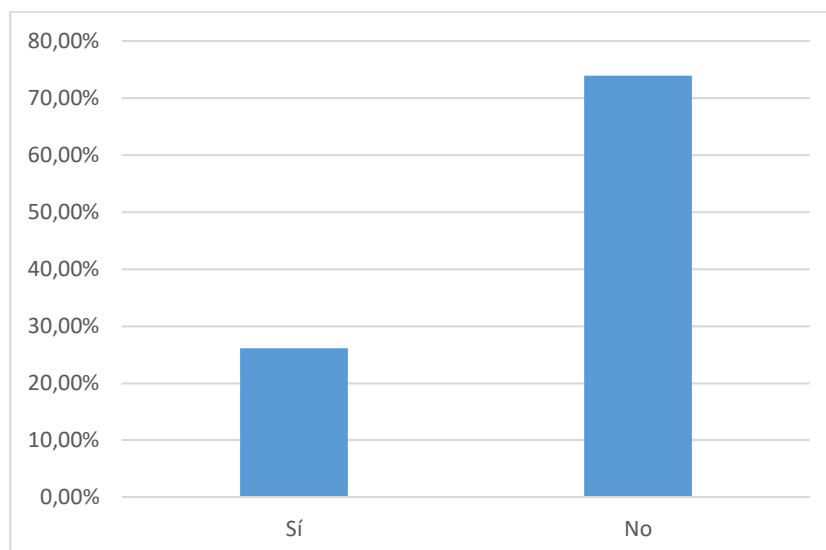


Gráfico 4.12. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de repetición de niveles anteriores

La representación gráfica indica que la mayor parte de participantes no han repetido niveles anteriores de estudio, pues un porcentaje mínimo repite, esto se debe a causas de exploración, nuevas experiencias, teniendo en cuenta que se encuentran en la etapa de la adolescencia.

Con respecto a la variable del rendimiento académico el 8.3% corresponde a sobresaliente; el 18.3% muy bueno; el 54.0% bueno y el 19.4% regular (ver gráfico 4.13).

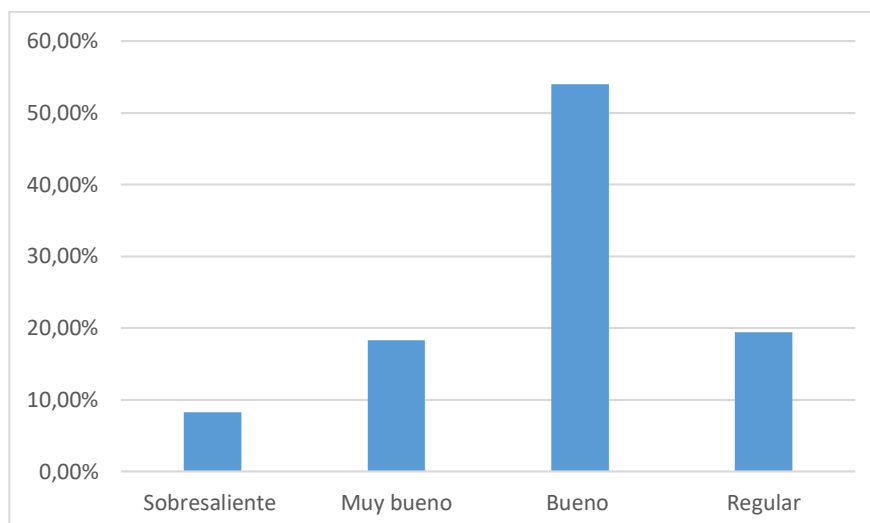


Gráfico 4.13. *Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del rendimiento académico*

La representación gráfica indica que la mayor parte de participantes tienen un rendimiento académico bueno, seguido de regular, muy bueno y un menor porcentaje corresponde a sobresaliente.

4.3. Análisis del Consumo de Alcohol y Tabaco

Se entiende por consumo de alcohol y tabaco “Al empleo de dosis que alteran el estado normal de la persona en búsqueda de un reforzamiento positivo o negativo como: sensaciones de placer, energía inmediata, potencia sexual, alivio del estrés o problemas emocionales” (Garrido, 2013, p. 3). Es decir que, se consume en un principio para generar una respuesta gratificante, aunque peligrosa a mediano y largo plazo.

Según Sánchez (2014) “Los factores de riesgo que permiten que se desarrolle este problema son de naturaleza multifactorial: factores individuales, del grupo de amigos, familiares y de la comunidad” (p.56). Así como también influencias genéticas y

ambientales. A continuación, se procede al análisis de los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos de evaluación del Consumo de Alcohol y Tabaco.

4.4. Análisis comparado por sexo de los componentes de medición del AUDIT Alcohol

Es un reactivo que está diseñado por 10 ítems, el mismo que es creado por la OMS. Los puntajes van de un mínimo de 0 hasta uno superior de 40 puntos. Se evalúa: Consumo de Riesgo, Síntomas de Dependencia, Consumo Perjudicial. Las puntuaciones que a continuación se muestran en la tabla 4.4 corresponden al punto de corte sobre las Actitudes hacia el Consumo de Alcohol, la existencia o no de diferencia significación en el análisis de sexo.

Tabla 4.4.
Actitudes hacia el Consumo de Alcohol

Factores	Corte	Masculino		Femenino		F	$t_{(446)}$; p
		Media	Desv.	Media	Desv.		
Consumo de Riesgo	10	3,17	2,35	3,77	2,34	0,049	-2,68; 0,008
Síntomas de Dependencia	10	1,47	1,76	1,95	2,16	7,907**	-2,53; 0,012
Consumo Perjudicial	12	10,68	3,85	10,63	3,87	0,020	0,15; 0,884
Global	24	15,32	6,03	16,35	6,41	0,960	-1,74; 0,082

Nota: 448 observaciones

En el factor Consumo de Riesgo de Alcohol se encontraron puntajes de $M_{(masculino)}= 3,17$; $Ds= 2,35$ y $M_{(femenino)}= 3,77$; $Ds= 2,34$; encontrándose diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)}= -2,675$; $p < 0,05$. También se encuentra el factor

Síntomas de Dependencia para el Consumo de Alcohol con puntajes de $M_{(masculino)}= 1,47$; $Ds= 1,76$ y $M_{(femenino)}= 1,76$; $Ds=1,95$; encontrándose diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)}= -2,531$; $p < 0,05$. Finalmente el factor Consumo Perjudicial con puntajes de $M_{(masculino)}= 10,68$; $Ds= 3,85$ y $M_{(femenino)}= 10,63$; $Ds= 3,87$; sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)}= 0,146$; $p > 0,05$.

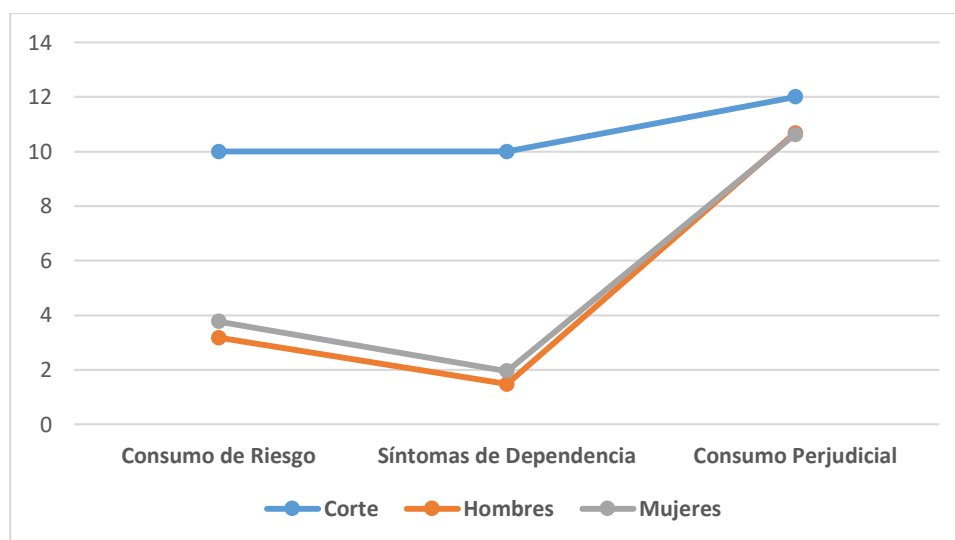


Gráfico 4.14. Representación gráfica del Análisis comparado por sexo de los componentes de las Actitudes hacia el Consumo de Alcohol

En el caso del factor Consumo de Riesgo de Alcohol, tanto hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que no existe un comportamiento de riesgo con respecto al alcohol. En el factor Síntomas de Dependencia hacia el Alcohol, en el caso de hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que no muestran dichos síntomas. En el factor Consumo Perjudicial de Alcohol, tanto en hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que no muestran un comportamiento de consumo perjudicial en lo que refiere al alcohol.

4.5. Análisis comparado por sexo de los componentes de medición del AUDIT Tabaco

Es un reactivo que está diseñado por 10 ítems, el mismo que es creado por la OMS. Los puntajes van de un mínimo de 0 hasta uno superior de 40 puntos. Se evalúa: Consumo de Riesgo, Síntomas de Dependencia, Consumo Perjudicial. Las puntuaciones que a continuación se muestran en la tabla 4.4 corresponden al punto de corte sobre las Actitudes hacia el Consumo de Alcohol, la existencia o no de diferencia significación en el análisis de sexo.

Tabla 4.5.

Actitudes hacia el Consumo de Tabaco

Factores	Corte	Masculino		Femenino		F	$t_{(446)}$; p
		Media	Desv.	Media	Desv.		
Consumo de Riesgo	10	2,42	2,24	2,94	2,49	3,822	-2,273; 0,023
Síntomas de Dependencia	10	1,06	1,42	1,26	1,69	5,460*	-1,331; 0,171
Consumo Perjudicial	12	1,61	2,74	1,79	2,97	2,220	-0,694; 0,488
Global	24	5,09	4,29	5,99	5,18	6,289*	-1,948; 0,045

Nota: 448 observaciones

En el factor Consumo de Riesgo de Tabaco se encontraron puntajes de $M_{(masculino)}= 2,42$; $Ds= 2,24$ y $M_{(femenino)}= 2,94$; $Ds= 2,49$; encontrándose diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)}= -2,273$; $p < 0,05$. También se encuentra el factor Síntomas de Dependencia para el Consumo de Tabaco con puntajes de $M_{(masculino)}= 1,06$; $Ds= 1,42$ y $M_{(femenino)}= 1,26$; $Ds= 1,69$; sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)}= -1,331$; $p > 0,05$. Finalmente el factor Consumo

Perjudicial de Tabaco con puntajes de $M_{(masculino)}= 1,61$; $Ds= 2,74$ y $M_{(femenino)}= 1,79$; $Ds= 2,97$; sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)}= 0,694$; $p> 0,05$.

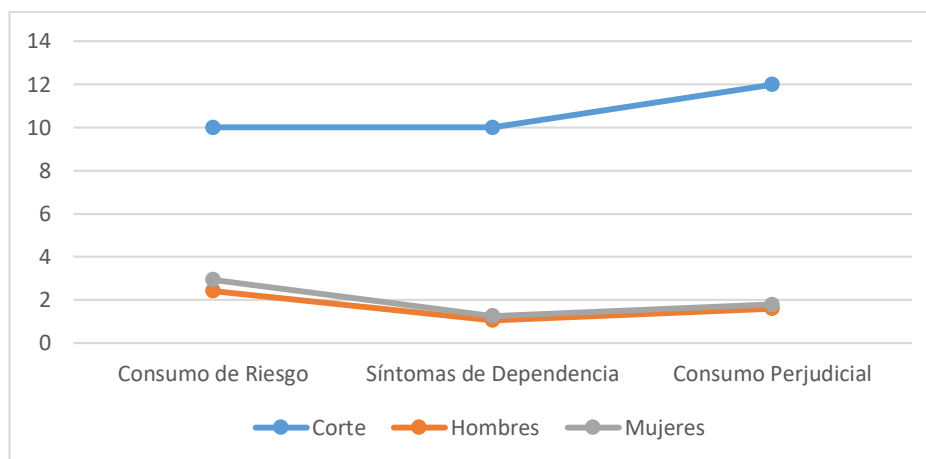


Gráfico 4.15. Representación gráfica del Análisis comparado por sexo de los componentes de las Actitudes hacia el Consumo de Tabaco

En el caso del factor Consumo de Riesgo de Tabaco, tanto hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que no existe un comportamiento de riesgo con respecto al tabaco. En el factor Síntomas de Dependencia hacia el Tabaco, en el caso de hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que no muestran dichos síntomas. En el factor Consumo Perjudicial de Tabaco, tanto en hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que no muestran un comportamiento de consumo perjudicial en lo que refiere al tabaco.

4.6. Posibilidad de contacto de alcohol y tabaco

En este análisis se mide la frecuencia de posibilidad en la adquisición de alcohol y tabaco basado en dos aspectos. a) Posibilidad de contacto con alcohol y tabaco en el Barrio y b) Posibilidad de contacto con alcohol y tabaco en el Colegio. Las

puntuaciones que a continuación se muestran en la tabla 4.6 corresponden a la frecuencia sobre el contacto y a la representación porcentual.

Tabla 4.5.
Posibilidad de contacto con alcohol y tabaco en el centro de estudios y en el barrio

Sustancias		Barrio		Colegio	
		Frec.	%	Frec	%
Alcohol	Tienen	365	81,5%	164	36,6%
	No tienen	83	18,5%	284	63,4%
Tabaco	Tienen	267	59,6%	281	62,7%
	No tienen	181	40,4%	167	37,3%

Nota: 448 observaciones

En el factor Consumo de Alcohol en el Barrio o Colegio, en el primero de los casos, se encontró una frecuencia del 81,5%, que señalan que tienen posibilidad de contacto en el barrio en el que residen mientras que el 18,5% restante, señalo que no tienen esa posibilidad. En el caso de la posibilidad de contacto en el Colegio, el 36,6% señaló que lo tienen dentro de las instalaciones educativas y el 63,4% indicó que no tienen posibilidad. En el caso del tabaco, los participantes reportaron una prevalencia del 59,6% de contacto en el barrio, mientras que el 40,4%, señaló que no tiene esa posibilidad. En el caso del contacto en el Colegio el 62,7% señaló que lo tienen dentro de la institución educativa, mientras que el 37,3% señaló que no (*ver gráfico 4.16*).

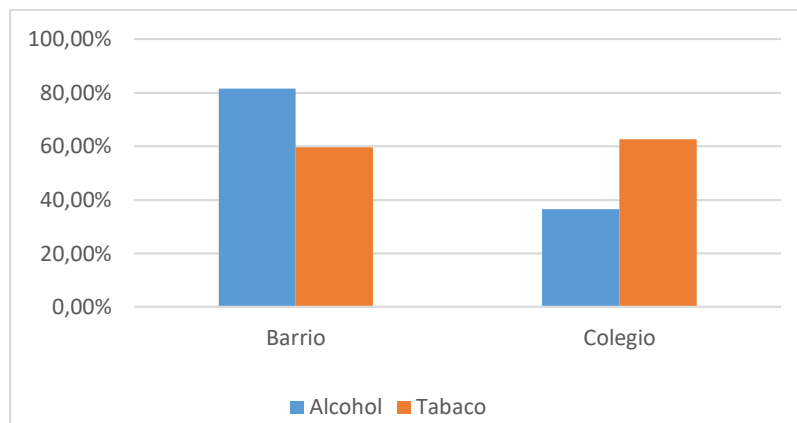


Gráfico 4.16. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la Posibilidad de contacto con alcohol y tabaco en el centro de estudios y en el barrio

Los gráficos indican, que el contacto con el Alcohol es principal y de mayor contacto en el barrio, que en centro de estudios; pero esta condición es inversa en el caso del contacto con el tabaco, en el que el contacto es mayor en el colegio. Por lo que se aprecia, la posibilidad de adquisición al parecer está determinada por lugares específicos que generan mayores o menores posibilidades de acceso, contacto y consumo.

4.7. Análisis de medición de las Circunstancias para el consumo de alcohol y tabaco

Es la herramienta encargada de la medición de las Circunstancias para el consumo de alcohol y tabaco, se compone de 2 ítems y los mismos según Sánchez (2014) forman ocho factores: a) Con un amigo o compañero; b) Con un familiar; c) En un grupo de amigos; d) En una fiesta; e) En un viaje; f) En el trabajo) Otras; h) No Se/ No Conozco. Las puntuaciones a continuación en la tabla 4.7 corresponden a la frecuencia y al porcentaje.

Tabla 4.6.
Circunstancias para el consumo de alcohol y tabaco

<i>Circunstancias</i>	<i>Tabaco</i>		<i>Alcohol</i>	
	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>
Con un amigo o compañero	179	40,0%	301	67,2%
Con un familiar	134	29,9%	344	76,8%
En un grupo de amigos	23	5,1%	425	94,9%
En una fiesta	25	5,6%	167	37,3%
En un viaje	22	4,9%	139	31,0%
En el trabajo	42	9,4%	200	44,6%
Otras	12	2,7%	175	39,1%
No Se/ No Conozco	11	2,5%	14	3,1%

Nota: 448 observaciones

En lo que respecta a las Circunstancias para el Consumo de Alcohol y Tabaco. En el caso del tabaco, los participantes en un 40% reportaron que lo hacen con un amigo o compañero, un 29,9% con un familiar, un 5,1% en un grupo de amigos, un 5,6% en una fiesta, un 4,9% en un viaje, un 9,4% en el trabajo, un 2,7% otras y un 2,5% No se/ No conozco. Mientras que, en el caso del alcohol, las circunstancias se dan en un 67,2% con un amigo o compañero, un 76,8% con un familiar, un 94,9% en un grupo de amigos, 37,3% en una fiesta, un 31,0% en un viaje, un 44,6% en el trabajo, un 39,1% otras y un 3,1% No se/ No conozco (ver gráfico 4.17).

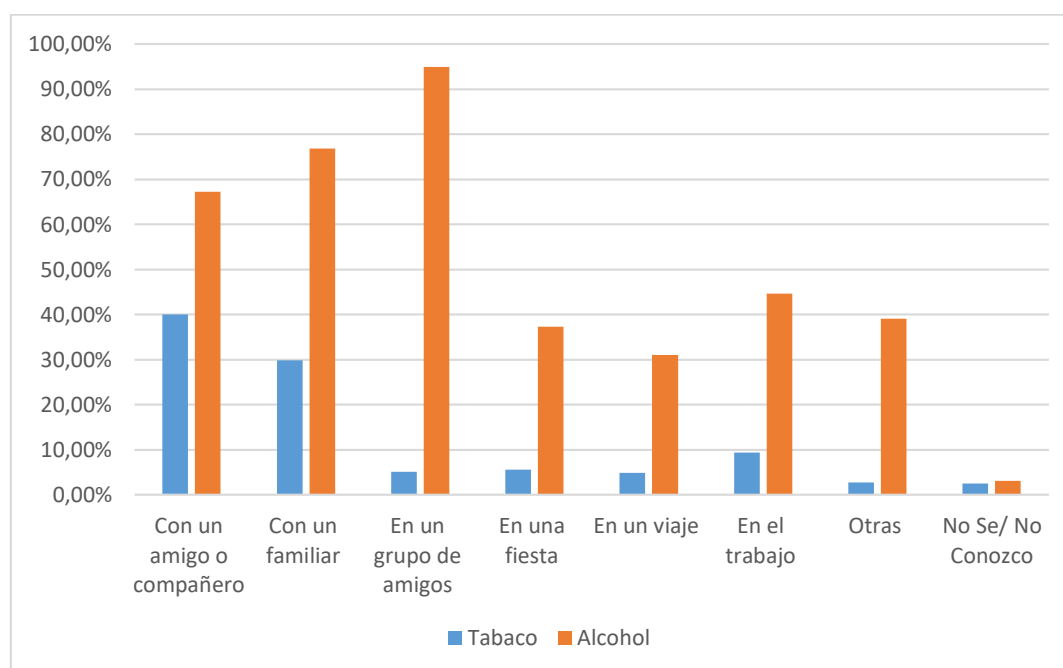


Gráfico 4.17. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de las Circunstancias para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Los datos encontrados muestran que, en lo correspondiente al consumo de Tabaco, existe mayor presencia al ejecutarse en compañía de amigos o compañeros, seguido por un familiar y durante un viaje; mientras que, en el alcohol, las circunstancias se dan entre grupos de amigos, con familiares y con amigos o compañeros.

4.8. Análisis de medición de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Es la herramienta encargada de la medición de las Motivaciones para el consumo de alcohol y tabaco, se compone de 2 ítems y los mismos forman quince factores: a) Por escapar a problemas; b) Por el gusto de hacer algo prohibido; c) Por experimentar placer, animarme, sentirme libre; d) Por estudiar o trabajar mejor; e) Para facilitar la conversación; f) Para calmar los nervios; g) Porque es una costumbre; h) Por

curiosidad; i) Para dormir mejor; j) Por sentirme rechazado/no aceptado en mi familia; k) Por sentirme marginado/discriminado en el trabajo; l) Por encontrar un nuevo estilo de vida; m) Por deseo de ser aceptado en un grupo; n) Por enfermedad o dolor; o) Otras. Las puntuaciones a continuación en la tabla 4.8 corresponden a la frecuencia y al porcentaje.

Tabla 4.7.
Motivaciones para el consumo de alcohol y tabaco

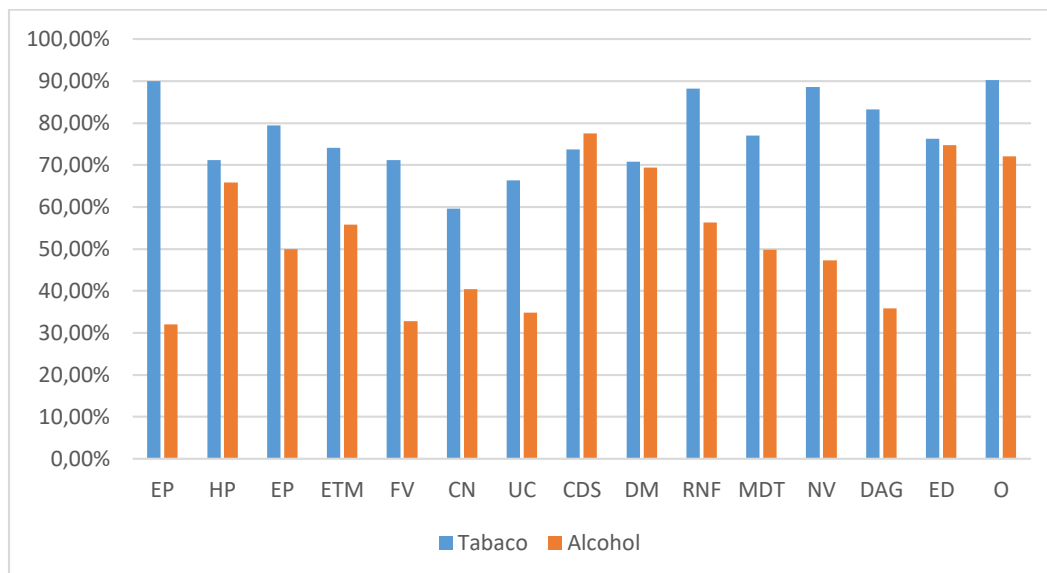
Motivaciones	Tabaco		Alcohol	
	Frec.	%	Frec.	%
Por escapar a problemas	403	90,0%	144	32,1%
Por el gusto de hacer algo prohibido	319	71,2%	295	65,8%
Por experimentar placer, animarse, sentirse libre	356	79,5%	224	50,0%
Por estudiar o trabajar mejor	332	74,1%	250	55,8%
Para facilitar la conversación	319	71,2%	147	32,8%
Para calmar los nervios	267	59,6%	181	40,4%
Porque es una costumbre	297	66,3%	156	34,8%
Por curiosidad y deseo de sentir nuevas sensaciones	330	73,7%	347	77,5%
Para dormir mejor	317	70,8%	311	69,4%
Por sentirme rechazado/no aceptado en mi familia	395	88,2%	252	56,3%
Por sentirme marginado/discriminado en el trabajo	345	77,0%	223	49,8%
Por encontrar un nuevo estilo de vida	397	88,6%	212	47,3%
Por deseo de ser aceptado en un grupo	373	83,3%	161	35,9%
Por enfermedad o dolor	342	76,3%	335	74,8%
Otras	404	90,2%	323	72,1%

Nota: 448 observaciones

En lo que respecta a las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco. En el caso del tabaco, los participantes en un 90,0% por escapar a problemas, un 71,2% por el gusto de hacer algo prohibido, un 79,5% por experimentar placer, animarse, sentirse libre, un 74,1% por estudiar o trabajar mejor, un 71,2% para facilitar la conversación,

un 59,6% para calmar los nervios, un 66,3% porque es una costumbre, un 73,7% por curiosidad y deseo de sentir nuevas sensaciones, un 70,8% para dormir mejor, un 88,2% por sentirme rechazado/no aceptado en mi familia, un 77,0% por sentirme marginado/discriminado en el trabajo, un 88,6% por encontrar un nuevo estilo de vida, un 83,3% por deseo de ser aceptado en un grupo, un 76,3% por enfermedad o dolor y un 90,2% otras.

Mientras que, en el caso del alcohol, las motivaciones se dan en un 32,1% por escapar a problemas, un 65,8% por el gusto de hacer algo prohibido, un 50,0% por experimentar placer, animarse, sentirse libre, un 55,8% por estudiar o trabajar mejor, un 32,8% para facilitar la conversación, un 40,4% para calmar los nervios, un 34,8% porque es una costumbre, un 77,5% por curiosidad y deseo de sentir nuevas sensaciones, un 69,4% para dormir mejor, un 56,3% por sentirme rechazado/no aceptado en mi familia, un 49,8% por sentirme marginado/discriminado en el trabajo, un 47,3% por encontrar un nuevo estilo de vida, un 35,9% por deseo de ser aceptado en un grupo, un 74,8% por enfermedad o dolor y un 72,1% otras (*ver gráfico 4.18*).



Simbología: EP: Escapar de Problemas; HP: Hacer algo prohibido; EP: Por experimentar placer; animarse, sentirse libre; ETM; Por estudiar o trabajar mejor; FV: Para facilitar la conversación; CN: Para calmar los nervios; UC: Porque es una costumbre; CDS: Por curiosidad y deseo de sentir nuevas sensaciones; DM: Para dormir mejor; RNF: Por sentirme rechazado/no aceptado en mi familia; MDT: Por sentirme marginado/discriminado en el trabajo; NV: Por encontrar un nuevo estilo de vida; DAG: Por deseo de ser aceptado en un grupo; ED: Por enfermedad o dolor ; O: Otras.

Gráfico 4.18. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Los datos encontrados muestran que, en lo correspondiente a las motivaciones para el consumo de Tabaco, existe mayor presencia al ejecutarse en otras circunstancias, seguido por escapar a problemas y por encontrar un nuevo estilo de vida; mientras que, en el alcohol, las motivaciones se dan por curiosidad y deseo de sentir nuevas sensaciones, por enfermedad o dolor y otras.

4.9. Análisis de medición de los Beneficios para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Es la herramienta encargada de la medición de las Circunstancias para el consumo de alcohol y tabaco, se compone de 2 ítems y los mismos que forman diez factores: a)

Placer, bienestar; b) Estimulación, energía; c) Calma, tranquilidad; d) Resistencia a la fatiga; e) Evitación de molestias; f) Mejora en las relaciones sociales; g; Mejora en las relaciones sexuales h) Otras; i) Ninguna; j) No Se/ No Conozco. Las puntuaciones a continuación en la tabla 4.9 corresponden a la frecuencia y al porcentaje.

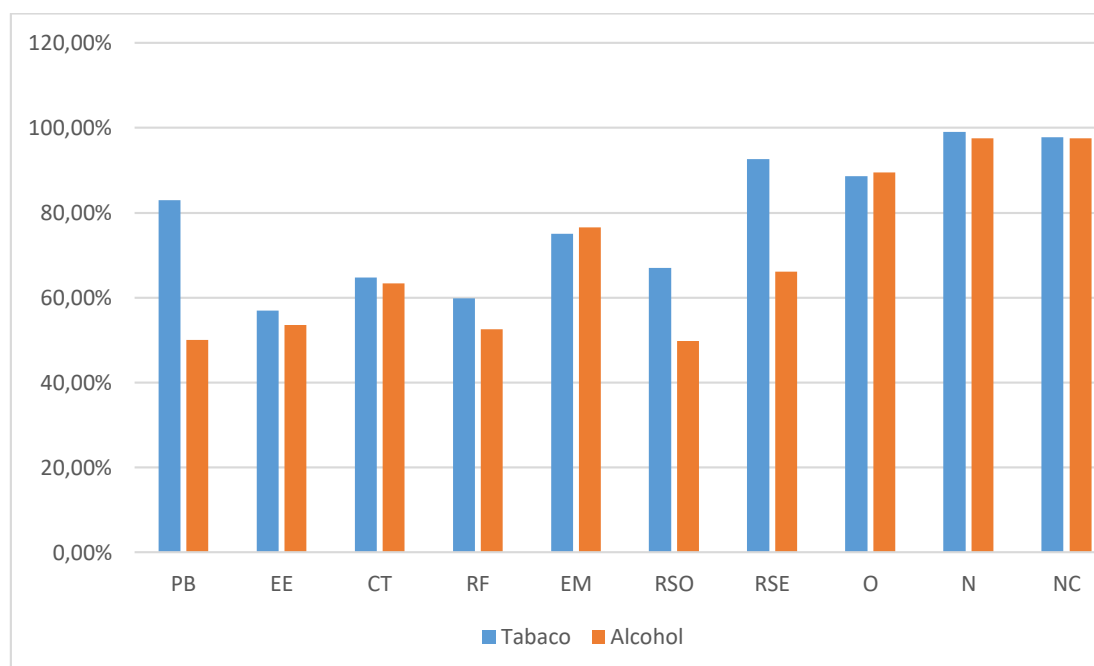
Tabla 4.8.
Beneficios para el consumo de alcohol y tabaco

Beneficios	Tabaco		Alcohol	
	Frec.	%	Frec.	%
Placer, bienestar	372	83,0%	224	50,0%
Estimulación, energía	255	56,9%	240	53,6%
Calma, tranquilidad	290	64,7%	284	63,4%
Resistencia a la fatiga	268	59,8%	235	52,5%
Evitación de molestias	336	75,0%	343	76,6%
Mejora en las relaciones sociales	300	67,0%	223	49,8%
Mejora en las relaciones sexuales	415	92,6%	296	66,1%
Otras	397	88,6%	401	89,5%
Ninguna	444	99,1%	437	97,5%
No Se/ No Conozco	438	97,8%	437	97,5%

Nota: 448 observaciones

En lo que respecta a los Beneficios para el Consumo de Alcohol y Tabaco. En el caso del tabaco, los participantes en un 83% reportaron que lo hacen por placer, bienestar, un 56,9% estimulación, energía, un 64,7% calma, tranquilidad, un 59,8% resistencia a la fatiga, un 75,0% evitación de molestias, un 67,0% mejora en las relaciones sociales, un 92,6% mejora en las relaciones sexuales, un 88,6% Otras, un 99,1% ninguna y un 97,8% no se/ no conozco. Mientras que, en el caso del alcohol, los beneficios se dan en un 50,0% por placer, bienestar, un 53,6% estimulación, energía, un 63,4% calma, tranquilidad, un 52,5% resistencia a la fatiga, un 76,6% Evitación de molestias, un

49,8% mejora en las relaciones sociales, un 66,1% mejora en las relaciones sexuales, un 89,5% otras, un 97,5% ninguna y un 97,5% No Se/ No Conozco (ver gráfico 4.19).



Simbología: PB: Placer, bienestar; EE: Estimulación, energía; CT: Calma, tranquilidad; RF; Resistencia a la fatiga; EM: Evitación de molestias; RSO: Mejora en las relaciones sociales; RSE: Mejora en las relaciones sexuales; O: Otras; N: Ninguna; NC: No Se/ No Conozco.

Gráfico 4.19. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de los Beneficios para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Los datos encontrados muestran que, en lo correspondiente a los beneficios para el consumo de Tabaco, existe mayor presencia en la opción ninguna, seguido de no se/ no conozco y mejora en las relaciones sexuales; mientras que, en el alcohol, los beneficios se dan por ninguna, no se/ no conozco y otras.

4.10. Análisis de medición de los Problemas para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Es la herramienta encargada de la medición de los Problemas para el consumo de alcohol y tabaco, se compone de 2 ítems y los mismos que forman doce factores: a) problemas familiares; b) problemas económicos; c) problemas escolares o laborales; d) problemas de salud, (enfermedades); e) problemas legales; f) problemas psicológicos; g) problemas sociales; h); accidentes de tránsito u otros i) muerte; j) otros; k) ninguno; l) no se/ no conozco. Las puntuaciones a continuación en la Tabla 4.10 corresponden a la frecuencia y al porcentaje.

Tabla 4.9.

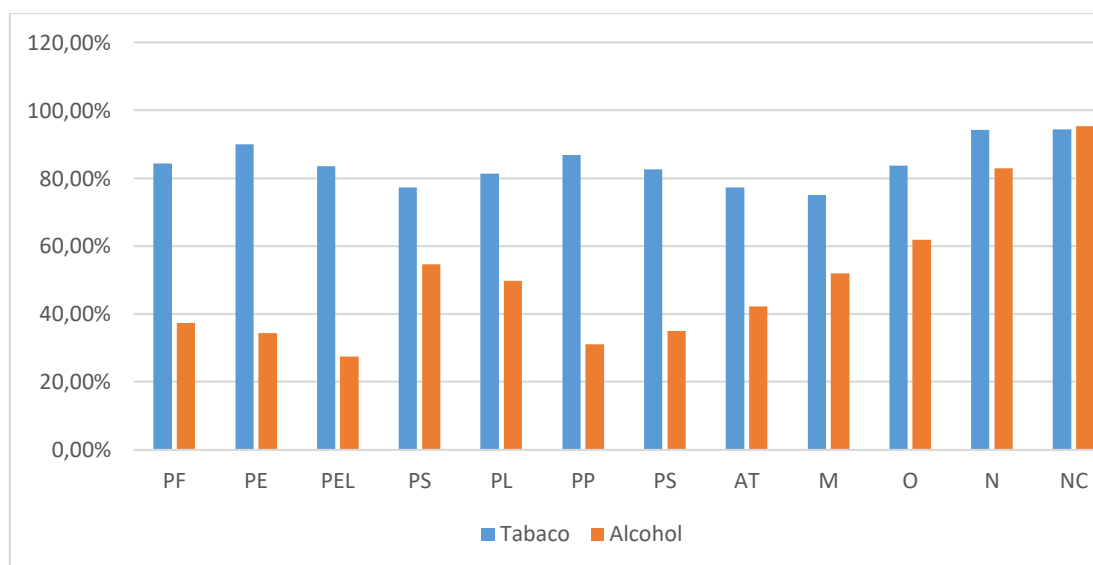
Problemas para el consumo de alcohol y tabaco

<i>Circunstancias</i>	<i>Tabaco</i>		<i>Alcohol</i>	
	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>
Problemas familiares	378	84,4%	167	37,3%
Problemas económicos	403	90,0%	154	34,4%
Problemas escolares o laborales	374	83,5%	123	27,5%
Problemas de salud (enfermedades)	346	77,2%	245	54,7%
Problemas legales	364	81,3%	223	49,8%
Problemas psicológicos	389	86,9%	139	31,0%
Problemas sociales	370	82,6%	157	35,0%
Accidentes de tránsito u otros	346	77,2%	189	42,2%
Muerte	336	75,0%	233	52,0%
Otros	375	83,7%	277	61,8%
Ninguno	422	94,2%	372	83,0%
No Se/ No Conozco	423	94,4%	427	95,3%

Nota: 448 observaciones

En lo que respecta a los Problemas para el Consumo de Alcohol y Tabaco. En el caso del tabaco, los participantes en un 84,4% reportaron que lo hacen por problemas

familiares, un 90,0% problemas económicos, un 83,5% problemas escolares o laborales, un 77,2% problemas de salud (enfermedades), un 81,3% problemas legales, un 86,9% problemas psicológicos, un 82,6% problemas sociales, un 77,2% Accidentes de tránsito u otros, un 75,0% muerte, un 83,7% otros, un 94,2% ninguno y un 94,4% No Se/ No Conozco. Mientras que, en el caso del alcohol, los problemas se dan en un 37,3% por problemas familiares, un 34,4% problemas económicos, un 27,5% problemas escolares o laborales, un 54,7% problemas de salud (enfermedades), un 49,8% Problemas legales, un 31,0% problemas psicológicos, un 35,0% problemas sociales, un 42,2% accidentes de tránsito u otros, un 52,0% muerte, un 61,8% otros, 83,0% ninguno y un 95,3% No Se/ No Conozco (ver gráfico 4.20).



Simbología: PF: Problemas familiares; PE: Problemas económicos; PEL: Problemas escolares o laborales; PS: Problemas de salud (enfermedades); PL: Problemas legales; PP: Problemas psicológicos; PS: Problemas sociales; AT: Accidentes de tránsito u otros; M: Muerte; O: Otros; N: Ninguno; NC: No Se/ No Conozco.

Gráfico 4.20. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Los datos encontrados muestran que, en lo correspondiente a los problemas para el consumo de Tabaco, existe mayor presencia en la opción no se/ no conozco, seguido

ninguno y Problemas económicos; mientras que, en el alcohol, los problemas se dan por la opción no se/ no conozco, por ninguna y otros.

4.11. Análisis de medición de los Peligros para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Es la herramienta encargada de la medición de los Peligros para el consumo de alcohol y tabaco, se compone de 2 ítems y los mismos que forman siete factores: a) porque tienen efectos secundarios en la salud; b) porque en muchas ocasiones están adulteradas; c) Porque crean adicción; d) Porque requieren un fuerte gasto económico; e) Porque pueden provocar problemas familiares, laborales o sociales; f) Porque en ciertos casos inducen a la comisión de delitos; g) Por otras razones. Las puntuaciones a continuación en la tabla 4.9 corresponden a la frecuencia y al porcentaje.

Tabla 4.10.

Peligros para el consumo de alcohol y tabaco

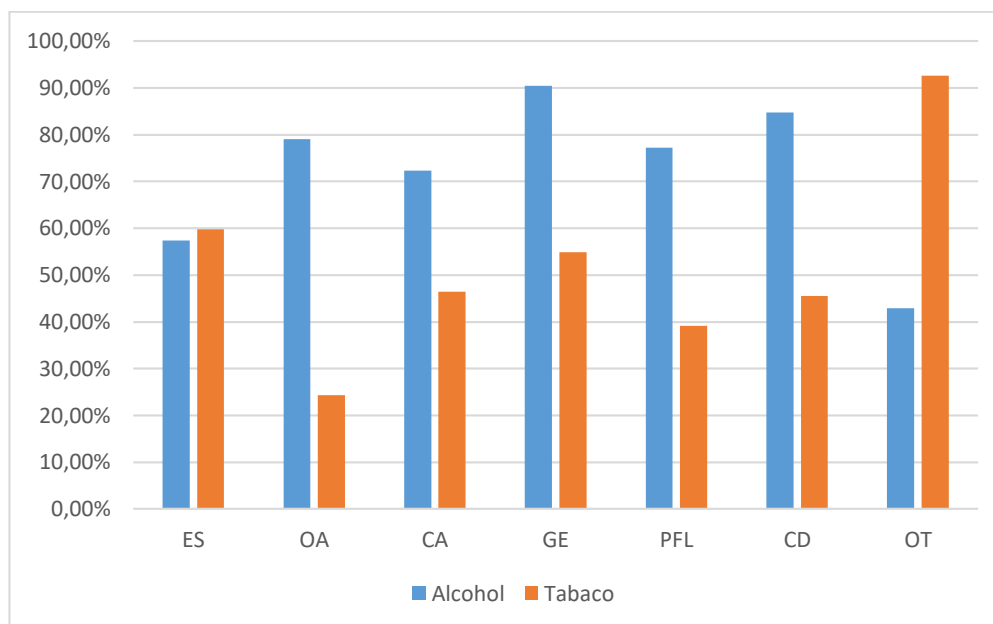
<i>Peligros</i>	<i>Tabaco</i>		<i>Alcohol</i>	
	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>
Porque tienen efectos secundarios en la salud	257	57,4%	268	59,8%
Porque en muchas ocasiones están adulteradas	354	79,0%	109	24,3%
Porque crean adicción	324	72,3%	208	46,4%
Porque requieren un fuerte gasto económico	405	90,4%	246	54,9%
Porque pueden provocar problemas familiares, laborales	346	77,2%	175	39,1%
Porque en ciertos casos inducen a la comisión de delitos	380	84,8%	204	45,5%
Por otras razones	192	42,9%	415	92,6%

Nota: 448 observaciones

En lo que respecta a los Peligros para el Consumo de Alcohol y Tabaco. En el caso del tabaco, los participantes en un 57,4% reportaron que los problemas se dan porque

tienen efectos secundarios en la salud, un 79,0% porque en muchas ocasiones están adulteradas, un 72,3% porque crean adicción, un 90,4% porque requieren un fuerte gasto económico, un 77,2% porque pueden provocar problemas familiares, laborales o sociales, un 84,8% porque en ciertos casos inducen a la comisión de delitos y un 42,9% por otras razones.

Mientras que, en el caso del alcohol, los peligros se dan en un 59,8% porque tienen efectos secundarios en la salud, un 24,3% porque en muchas ocasiones están adulteradas, un 46,4% porque crean adicción, un 54,9% porque requieren un fuerte gasto económico, un 39,1% porque pueden provocar problemas familiares, laborales o sociales, un 45,5% porque en ciertos casos inducen a la comisión de delitos y un 92,6% por otras razones (*ver gráfico 4.21*).



Simbología: ES: Porque tienen efectos secundarios en la salud; OA: Porque en muchas ocasiones están adulteradas; CA: Porque crean adicción; GE Porque requieren un fuerte gasto económico; PFL Porque pueden provocar problemas familiares, laborales o sociales; CD: Porque en ciertos casos inducen a la comisión de delitos; OT: Por otras razones.

Gráfico 4.21. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de los Peligros para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Los datos encontrados muestran que, en lo correspondiente a los peligros para el consumo de Tabaco, existe mayor presencia en la opción porque requieren un fuerte gasto económico, seguido a porque en ciertos casos inducen a la comisión de delitos y porque en muchas ocasiones están adulteradas; mientras que, en el alcohol, los peligros se dan por la opción otras razones, porque tienen efectos secundarios en la salud y porque requieren un fuerte gasto económico.

4.12. Análisis de medición de las Demandas de Ayuda para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Es la herramienta encargada de la medición de las Demandas de Ayuda para el consumo de alcohol y tabaco, se compone de 2 ítems y los mismos que forman siete factores: a) servicios médicos generales; b) centros especializados en toxicomanías; c) médico o psiquiatra privado; d) comunidades terapéuticas; e) la familia; f) Maestros-educadores y g) Asociaciones de ex drogadictos. Las puntuaciones a continuación en la tabla 4.10 corresponden a la frecuencia y al porcentaje.

Tabla 4.11.

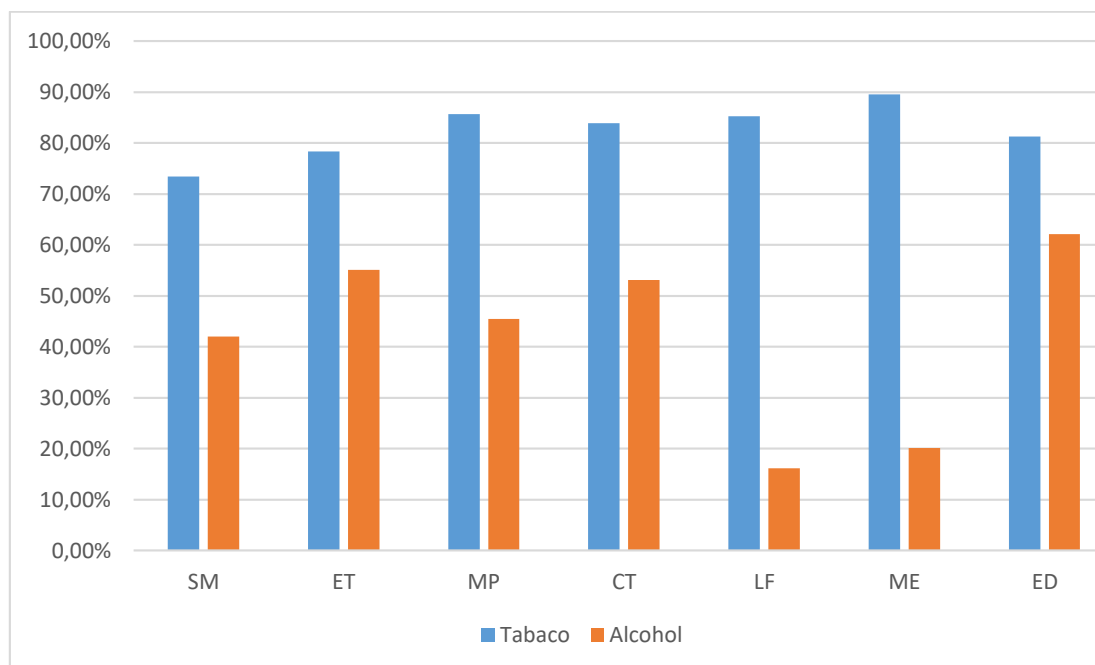
Demandas para el consumo de alcohol y tabaco

<i>Demandas</i>	<i>Tabaco</i>		<i>Alcohol</i>	
	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>
Servicios médicos generales	329	73,4%	188	42,0%
Centros especializados en toxicomanías	351	78,3%	247	55,1%
Médico o psiquiatra privado	384	85,7%	204	45,5%
Comunidades terapéuticas	376	83,9%	238	53,1%
La familia	382	85,3%	72	16,1%
Maestros-educadores	401	89,5%	90	20,1%
Asociaciones de ex drogadictos	364	81,3%	278	62,1%

Nota: 448 observaciones

En lo que respecta a las Demandas de Ayuda para el Consumo de Alcohol y Tabaco. En el caso del tabaco, los participantes en un 73,4% reportaron que las demandas de ayuda se dan en servicios médicos generales, un 78,3% centros especializados en toxicomanías, un 85,7% médico o psiquiatra privado, un 83,9% comunidades terapéuticas, un 85,3% la familia, un 89,5% maestros-educadores y un 81,3% asociaciones de ex drogadictos. Mientras que, en el caso del alcohol, las demandas de

ayuda se dan en un 42,0% en servicios médicos generales, un 55,1% centros especializados en toxicomanías, un 45,5% médico o psiquiatra privado, un 53,1% comunidades terapéuticas, un 16,1% la familia, un 20,1% maestros-educadores y un 62,1% asociaciones de ex drogadictos (*ver gráfico 4.22*).



Simbología: SM: Servicios médicos generales; ET: Centros especializados en toxicomanías; MP: Médico o psiquiatra privado; CT: Comunidades terapéuticas; LF: La familia; ME: Maestros-educadores; ED: Asociaciones de ex drogadictos.

Gráfico 4.22. *Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de las Demandas de Ayuda para el Consumo de Alcohol y Tabaco*

Los datos encontrados muestran que, en lo correspondiente a las demandas de ayuda para el consumo de Tabaco, existe mayor presencia en la opción Maestros-educadores, seguido de médico o psiquiatra privado y la familia; mientras que, en el alcohol, las demandas de ayuda se dan por asociaciones de ex drogadictos, centros especializados en toxicomanías y comunidades terapéuticas.

4.13. Análisis de medición de los Conocimientos para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Es la herramienta encargada de la medición de los Conocimientos para el consumo de alcohol y tabaco, se compone de 2 ítems y los mismos que forman cinco factores: a) nada; b) poco; c) algo; d) bastante y e) no se/ no conozco. Las puntuaciones a continuación en la tabla 4.13 corresponden a la frecuencia y al porcentaje.

Tabla 4.12.
Conocimientos para el consumo de alcohol y tabaco

Conocimientos	Tabaco		Alcohol	
	Frec.	%	Frec.	%
Nada	352	78,6%	428	95,5%
Poco	297	66,3%	322	71,9%
Algo	294	65,6%	345	77,0%
Bastante	360	80,4%	251	56,0%
No Se/ No Conozco	416	92,9%	419	93,5%

Nota: 448 observaciones

En lo que respecta a los Conocimientos para el Consumo de Alcohol y Tabaco. En el caso del tabaco, los participantes en un 78,6% reportaron que no tienen conocimientos, un 66,3% poco, un 65,6% algo, un 80,4% bastante y un 92,9% no se/ no conozco. Mientras que, en el caso del alcohol, los conocimientos son escasos en un 95,5%, un 71,9% poco, un 77,0% algo, un 56,0% bastante y un 93,5% no se/ no conozco (ver gráfico 4.23).

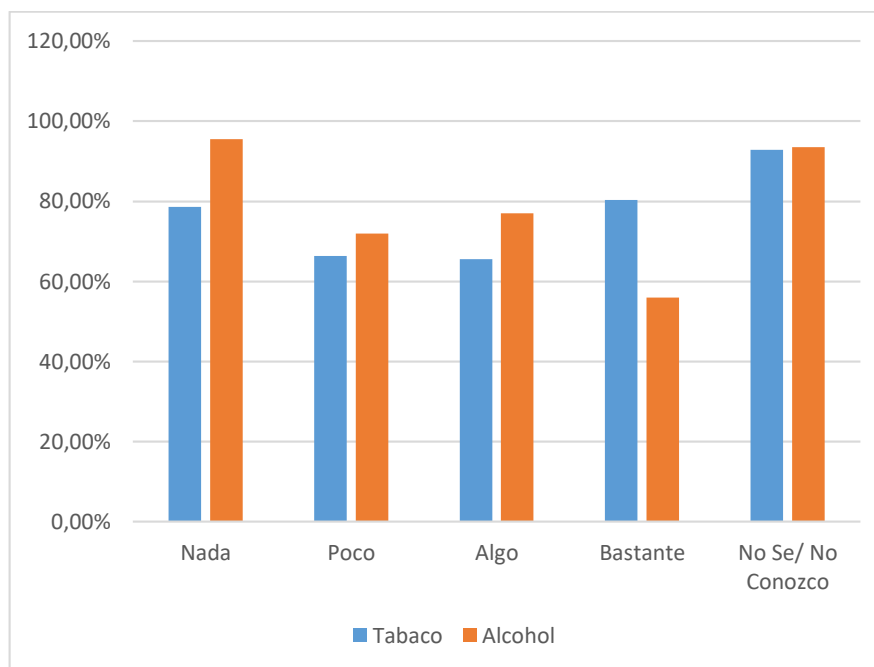


Gráfico 4.23. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Los datos encontrados muestran que, en lo correspondiente a los conocimientos para el consumo de Tabaco, existe mayor presencia en la opción no se/ no conozco, seguido de bastante y nada de conocimiento; mientras que, en el alcohol, los conocimientos se dan en escaso, no se/ no conozco y algo de conocimiento.

4.14. Análisis comparado por sexo de los componentes de medición de las Actitudes de Consumo de Alcohol

Es una herramienta que ayuda a la de medición de las Actitudes de Consumo de Alcohol, está compuesto por los siguientes factores: factor uno presenta los valores elevados de saturación de los cuatro ítems que se refieren al índice de descontento por el alcohol (2, 1, 3, 4) y el ítem 13 (de la sub-escala actitud de predisposición para el uso y consumo de alcohol). En el factor dos son agrupados los ítems de la sub-escala

actitud de predisposición para el uso y consumo de alcohol (6, 5, 7, 11 y 10) y en el factor tres los ítems relativos a la predisposición para la acción contra el consumo de alcohol (8, 12 y 9). Las puntuaciones que a continuación se muestran en la tabla 4.14 corresponden al punto de corte sobre las Actitudes hacia el Consumo de Alcohol, la existencia o no de diferencia significación en el análisis de sexo.

Tabla 4.13.

Actitudes hacia el Consumo de Alcohol

Factores	Corte	Masculino		Femenino		F	t₍₄₄₆₎; p
		Media	Desv.	Media	Desv.		
Descontento por el Alcohol	18	15,42	4,26	15,26	4,28	0,24	0,38; 0,705
Predisposición Consumo	18	14,31	4,40	14,51	4,28	0,07	-0,47; 0,638
Acción contra el Consumo	13	7,66	2,55	7,74	2,46	0,00	-0,30; 0,764
Global ALCOHOL	38	37,39	7,52	37,51	7,13	0,73	-0,16; 0,872

Nota: 448 observaciones

En el factor Descontento por el Alcohol se encontraron puntajes de $M_{(masculino)} = 15,42$; $Ds = 4,26$ y $M_{(femenino)} = 15,26$; $Ds = 4,28$; sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)} = 0,378$; $p > 0,05$. Seguido del factor Predisposición para el Consumo de Alcohol con puntajes de $M_{(masculino)} = 14,31$; $Ds = 4,40$ y $M_{(femenino)} = 14,51$; $Ds = 4,28$; sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)} = -0,470$; $p > 0,05$. En el factor Acción contra el Consumo de Alcohol se encontraron puntajes de $M_{(masculino)} = 7,66$; $Ds = 2,55$ y $M_{(femenino)} = 7,74$; $Ds = 2,46$; sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)} = -0,301$; $p > 0,05$.

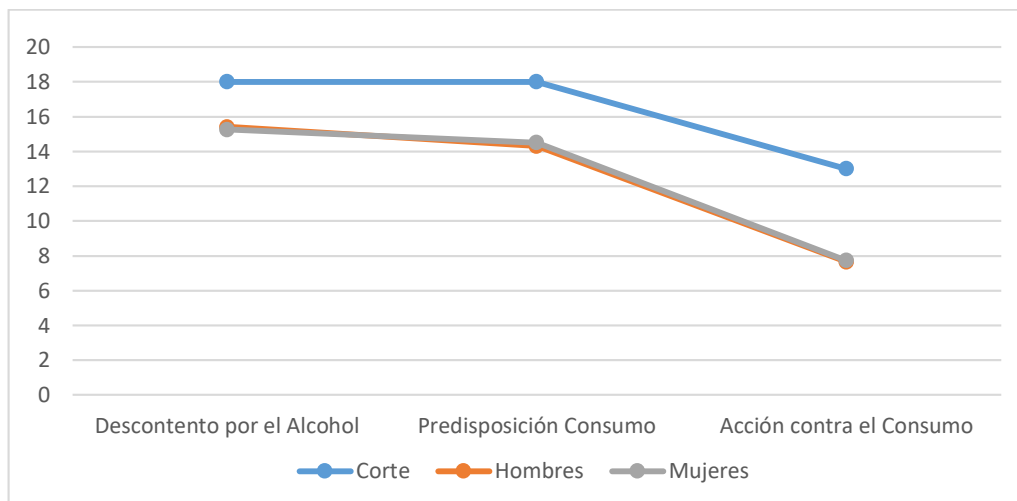


Gráfico 4.24. Representación gráfica del Análisis comparado por sexo de los componentes de las Actitudes hacia el Consumo de Alcohol

En el caso del factor Descontento por el Alcohol, tanto hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que muestran un comportamiento no preventivo hacia el consumo de alcohol. En el factor Predisposición para el Consumo de Alcohol, en el caso de hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que muestran una baja predisposición hacia el consumo de alcohol, finalmente el factor Acción contra el Consumo de Alcohol, tanto en hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que no muestran un comportamiento preventivo hacia el consumo de alcohol.

4.15. Análisis comparado por sexo de los componentes de medición de las Actitudes del Consumo de Tabaco

Es una herramienta que ayuda a la de medición de las Actitudes de Consumo de Tabaco, está compuesto por los siguientes factores: factor uno presenta cinco ítems con valores de saturación elevados (10, 9, 11, 13 y 12) que se refieren a la disposición actitudinal para el consumo de tabaco. El factor dos está compuesto por cuatro ítems

(6, 7, 5 y 8) acerca del índice de desagrado por el consumo de tabaco. Finalmente, en el factor tres presentan una saturación más elevada cuatro ítems (2, 1, 4 y 3) relativos a la percepción de satisfacción por el consumo de tabaco. Las puntuaciones que a continuación se muestran en la tabla 4.14 corresponden al punto de corte sobre las Actitudes hacia el Consumo de Tabaco, la existencia o no de diferencia significación en el análisis de sexo.

Tabla 4.14.

Actitudes hacia el Consumo de Tabaco

Factores	Corte	Masculino		Femenino		F	$t_{(446)}$; p
		Media	Desv.	Media	Desv.		
Disposición para Consumo	18	11,59	3,49	11,84	3,59	0,17	-0,741; 0,459
Desagrado para Consumo	15	12,84	3,52	12,20	3,02	3,45	2,009; 0,045
Satisfacción para Consumo	15	9,68	3,57	9,94	3,49	0,51	-0,771; 0,441
Global TABACO	38	34,11	7,05	33,98	6,97	0,19	-0,161; 0,851

Nota: 448 observaciones

En el factor Disposición para el Consumo de Tabaco se encontraron puntajes de $M_{(masculino)}= 11,59$; $Ds= 3,49$ y $M_{(femenino)}= 11,84$; $Ds= 3,59$; sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)}= -0,741$; $p> 0,05$. También se encuentra el factor Desagrado para el Consumo de Tabaco con puntajes de $M_{(masculino)}= 12,84$; $Ds= 3,52$ y $M_{(femenino)}= 12,20$; $Ds=3,02$; encontrándose diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)}= 2,009$; $p< 0,05$. Finalmente el factor Satisfacción para el Consumo de Tabaco se encontraron puntajes de $M_{(masculino)}= 9,68$; $Ds= 3,57$ y $M_{(femenino)}= 9,94$; $Ds= 3,49$; sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas $t_{(446)}= -0,771$; $p> 0,05$.

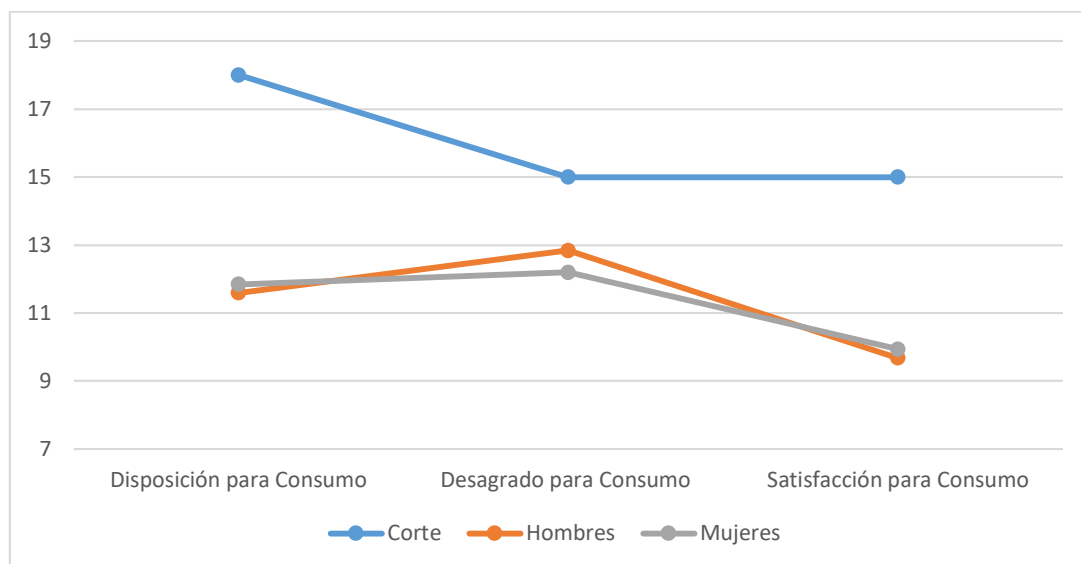


Gráfico 4.25. Representación gráfica del Análisis comparado por sexo de los componentes de las Actitudes hacia el Tabaco

En el caso del factor Disposición para el Consumo de Tabaco, tanto hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que muestran una escasa disposición hacia el consumo de tabaco. En el factor Desagrado para el Consumo de Tabaco, en el caso de hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que muestran una agrado baja hacia el consumo de tabaco, finalmente el factor Satisfacción hacia el Consumo de Tabaco, tanto en hombres como mujeres se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, que no muestran una satisfacción con respecto al consumo de tabaco.

4.16. Validación de resultados

En esta sección se presentará el análisis de la finalidad de los instrumentos psicológicos que se utilizaron durante el desarrollo de la investigación.

4.16.1. Análisis de Fiabilidad de las Actitudes de Consumo de Alcohol

El objetivo del análisis de fiabilidad es conocer las propiedades que presenta la Escala de Actitudes de Consumo de Alcohol con respecto a la fiabilidad que puede ofrecer las puntuaciones que comprende el estudio, para esto se lo realiza a través de una análisis de coeficiente de fiabilidad de Cronbach (α) acompañado del estudio de consistencia interna.

A. Consistencia Interna de la Escala de Actitudes de Consumo de Alcohol

Este análisis busca conocer si los ítems que se encuentran agrupados en los factores muestran una congruencia entre sí. Para ello se realizó el análisis de fiabilidad a través del Coeficiente de fiabilidad de Cronbach (α) de los factores de la Escala de Consumo de Alcohol junto con la puntuación global del test (*ver tabla 4.16*).

Tabla 4.15.

Estadísticos de fiabilidad de la Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol

Factores	Ítems	Alfa
Descontento por el Alcohol	5	7,59
Predisposición Consumo	5	7,48
Acción contra El Consumo	3	7,26
Global ALCOHOL	13	7,74

Nota: 448 observaciones

Se puede evidenciar en el factor Descontento por el Alcohol con 5 ítems una consistencia interna de $\alpha = ,759$ correspondiente a una consistencia alta. En lo que refiere al factor Predisposición para el Consumo de Alcohol, que contiene 5 ítems su consistencia interna es $\alpha = ,748$ correspondiente a consistencia alta. Seguido del factor Acción contra el Consumo de Alcohol formado de 3 ítems, la misma que tiene una consistencia de es $\alpha = ,774$, que corresponde a una consistencia alta. Determinando de esta forma que el reactivo contiene 13 ítems con una consistencia interna de $\alpha = ,774$ por lo que muestra que es altamente confiable.

B. Consistencia Interna de la Escala de Actitudes hacia el Consumo de Tabaco

En este análisis se busca conocer si los ítems agrupados en el factor guardan correspondencias entre sí. Para ello se realizó el análisis de fiabilidad a través del Coeficiente de fiabilidad de Cronbach (α) de los factores de la Escala de Actitudes hacia el Consumo de Tabaco junto con la puntuación global del test (*ver tabla 4.17*)

Tabla 4.16.
Estadísticos de fiabilidad de Escala hacia el Consumo de Tabaco

Factores	Ítems	Alfa
Disposición para Consumo	5	7,61
Desagrado para Consumo	4	7,62
Satisfacción para Consumo	4	7,50
Global TABACO	13	7,10

Nota: 448 observaciones

En el factor Disposición actitudinal para el Consumo de Tabaco con 5 ítems, tiene una consistencia interna de $\alpha = ,761$ correspondiente a una consistencia alta. Seguido del

factor Desagrado por el Consumo de Tabaco con 4 ítems, el mismo que tiene una consistencia interna de $\alpha = ,762$ correspondiente a una consistencia alta y por último el factor Percepción de Satisfacción por el Consumo de Tabaco, el mismo que contiene 4 ítems y una consistencia interna de $\alpha = ,710$ correspondiente a una consistencia alta. Por lo tanto la escala de Actitudes hacia el Consumo de Tabaco, se encuentra constituido de trece ítems con una consistencia interna de $\alpha = ,710$ correspondiente a una consistencia alta, es decir, posee un nivel alto y adecuado de confiabilidad.

C. Consistencia Interna de la Escala de Medición del AUDIT Alcohol

En el siguiente análisis la finalidad es demostrar si los ítems guardan relación con el estudio que se está ejecutando, procediendo, por lo que se realiza una exploración de consistencia interna con el coeficiente de fiabilidad de Cronbach (α), obteniendo los siguientes resultados (*ver tabla 4.18*).

Tabla 4.17.
Estadísticos de fiabilidad de la Escala de Medición AUDIT Alcohol

Factores	Ítems	Alfa
Consumo de Riesgo	3	6,95
Síntomas de Dependencia	3	7,78
Consumo Perjudicial	4	6,71
Global ALCOHOL	10	7,06

Nota: 448 observaciones

En el análisis se puede evidenciar que en el factor Consumo de Riesgo de Alcohol con 3 ítems una consistencia interna de $\alpha = ,695$ correspondiente a una consistencia aceptable. En lo que refiere al factor Síntomas de Dependencia al Alcohol, contiene 3 ítems su consistencia interna es $\alpha = ,778$ correspondiente a consistencia alta. Seguido

del factor Consumo Perjudicial de Alcohol formado de 4 ítems, la misma que tiene una consistencia de es $\alpha = ,706$, que corresponde a una consistencia alta. Determinando de esta forma que el reactivo contiene 10 ítems con una consistencia interna de $\alpha = ,706$ por lo que muestra que es altamente confiable.

D. Consistencia Interna de la Escala de Medición del AUDIT Tabaco

En el siguiente análisis la finalidad es demostrar si los ítems presentan una relación con el estudio que se está en proceso, por lo tanto se realiza una exploración de consistencia interna con el coeficiente de fiabilidad de Cronbach (α), obteniendo los siguientes resultados (*ver tabla 4.19*).

Tabla 4.18.
Estadísticos de fiabilidad de la Escala de Medición AUDIT Tabaco

Factores	Ítems	Alfa
Consumo de Riesgo	3	6,38
Síntomas de Dependencia	3	6,22
Consumo Perjudicial	4	6,23
Global TABACO	10	6,30

Nota: 448 observaciones

Se el análisis se puede evidenciar que en el factor Consumo de Riesgo de Tabaco con 3 ítems una consistencia interna de $\alpha = ,638$ correspondiente a una consistencia aceptable. En lo que refiere al factor Síntomas de Dependencia al Tabaco, contiene 3 ítems su consistencia interna es $\alpha = ,622$ correspondiente a consistencia aceptable. Seguido del factor Consumo Perjudicial de Tabaco formado de 4 ítems, la misma que tiene una consistencia de es $\alpha = ,623$ que corresponde a una consistencia aceptable.

Determinando de esta forma que el reactivo contiene 10 ítems con una consistencia interna de $\alpha = ,630$ por lo que muestra tiene una consistencia aceptable.

E. Consistencia Interna de la Escala de Medición ACTICOL-92

En este análisis se busca conocer si los ítems agrupados en el factor guardan correspondencias entre sí. Para ello se realizó el análisis de fiabilidad a través del Coeficiente de fiabilidad de Cronbach (α) de los factores de la Escala de Medición ACTICOL-92 junto con la puntuación global del test (*ver tabla 4. 20*).

Tabla 4.19.
Estadísticos de fiabilidad de la Escala de Medición ACTICOL 92

Factores	Ítems	Alfa
Actitud Preventiva	11	6,34
Actitud Permisiva	6	6,93
Consecuencias Negativas	6	6,31
Facilitación Social	5	6,62
Actitud Evasiva	4	6,15
GLOBAL	32	6,55

Nota: 448 observaciones

Se puede evidenciar en el factor Actitud Preventiva compuesto por 11 ítems una consistencia interna de $\alpha = ,634$ correspondiente a una consistencia aceptable. En lo que refiere al factor Actitud Permisiva, que contiene 6 ítems su consistencia interna es $\alpha = ,693$ correspondiente a consistencia también aceptable. Seguido del factor Consecuencias Negativas formado de 6 ítems, la misma que tiene una consistencia de $\alpha = ,631$ que corresponde a una consistencia aceptable. En el factor Facilitación Social compuesto por 4 ítems con una consistencia de $\alpha = ,662$ la misma que es aceptable y por último el factor Actitud Evasiva con 4 ítems, que muestra una consistencia de

,655, la misma que se caracteriza por ser aceptable. Determinando de esta forma que el reactivo contiene 32 ítems con una consistencia interna de $\alpha = ,655$ por lo que muestra que es confiable.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

A través de los resultados obtenidos en el proceso de investigación, la recolección de datos y el análisis respectivo, se concluye:

- En lo que respecta a la variable género, se encontró que entre los y las participantes adolescentes existe mayor presencia de hombres, el mismo que corresponde al 58,5% de la muestra, mientras que el 41,5% está compuesto por mujeres. Esto indica el peso representacional que tiene el género masculino en lo que respecta al campo educativo secundario en la ciudad de Salcedo. Así también, existe mayor tendencia de los adolescentes con la identificación étnica mestiza representando el 96.9% del grupo; el 4% como indígenas y el 2.7% como blancos/as. Un aspecto importante en este caso es la condición urbana de los centros educativos donde se realizó el estudio, teniendo en cuenta que con esto se puede explicar la baja representación de los y las indígenas en este estudio ya que su concentración está presente en el sector rural.

- La edad promedio de los participantes oscila entre 15 y 16 años. Esto quiere decir que la población se encuentra en la etapa de adolescencia, la misma que está caracterizada principalmente por la exploración, los cambios biológicos, sexuales, sociales y psicológicos por lo que pasa el individuo con el objetivo de desarrollar sus propias opiniones y personalidad.

- En lo que se refiere al sector al que pertenecen los estudiantes, existe un porcentaje mayoritario en el sector urbano con un 57.4% y al rural un 42.6%; cuya situación económica es buena en la mayoría de los estudiantes (61.2%). Además de poseer un rendimiento académico del 8.3% que corresponde a un nivel sobresaliente; el 18,3% a un nivel muy bueno; el 54.0% corresponde a bueno y el 19.4% a regular. De esta manera se puede demostrar que a nivel educativo existe un promedio medio en los participantes. Denotándose un alto porcentaje en los estudiantes de Primero de Bachillerato.

- En el Análisis Comparado por sexo del Cuestionario de los Componentes de Medición del AUDIT (Alcohol), se muestra diferencias significativas con respecto al sexo femenino, tanto en el factor Consumo de Riesgo de Alcohol como Síntomas de Dependencia de Alcohol, esto quiere decir que existe más probabilidad de consumo en las mujeres que participaron en el estudio.

- En el Análisis Comparado por sexo del Cuestionario de los Componentes de Medición del AUDIT (Tabaco), se muestra la presencia de diferencias

significativas en el sexo femenino en relación al sexo masculino, quienes denotan un Consumo Perjudicial de Tabaco en su contexto.

- Se encontró a través de la Escala de Posibilidad de contacto de alcohol y tabaco que los estudiantes manifiestan más posibilidad de contacto con el alcohol en el barrio, que en el centro de estudios; pero esta condición se torna inversa en el caso del contacto con el tabaco que es mayor en el colegio. Siendo esto un generador de factor de riesgo, ya que se puede apreciar que existe la posibilidad de adquisición en lugares específicos de acuerdo a las posibilidades que tengan los estudiantes.
- En el Análisis de medición de las Circunstancias para el consumo de alcohol y tabaco, los datos muestran que en lo que corresponde al consumo de tabaco, se presente un porcentaje mayoritario al ejecutarse en compañía de amigos o compañeros, seguido también de un familiar y durante un viaje; por otro lado en el alcohol, las circunstancias se dan entre grupos de amigos, seguido de familiares y por ultimo con amigos o compañeros.
- En el Análisis de medición de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco, muestra que con respecto al tabaco existe un porcentaje mayor al ejecutarse en otras circunstancias, seguido de escapar a problemas y por encontrar un nuevo estilo de vida; en el caso del alcohol, las motivaciones se dan por curiosidad y deseo de sentir nuevas sensaciones, por enfermedad o dolor y otras.

- En el Análisis de medición de los Beneficios para el Consumo de Alcohol y Tabaco; en el caso del tabaco, muestra mayor presencia en la opción ninguna, seguido de no se/no conozco y mejora en las relaciones sexuales; mientras que, en los beneficios para el consumo de alcohol, se dan por; ninguna, no se/ no conozco y otras.

- En el Análisis de medición de los Problemas para el Consumo de Alcohol y Tabaco los datos encontrados muestran que, en lo correspondiente al tabaco, existe mayor presencia en la opción no se/ no conozco, seguido de ninguno y problemas económicos; mientras que, en el alcohol, los problemas se dan por la opción no se/ no conozco, por ninguna y otros, siendo este también un factor de riesgo puesto que los participantes se encuentran en la etapa de adolescencia donde existe el conflicto con sus padres ya que generan mucha demanda en los mismos, lo que conduce a que el individuo se torne distante con su familia y prefiera estar con sus pares.

- En el Análisis de medición de los Peligros para el Consumo de Alcohol y Tabaco, se puede evidenciar que en el caso del tabaco, existe mayor presencia en la opción porque requieren un fuerte gasto económico, seguido a porque en ciertos casos inducen a la comisión de delitos y porque en muchas ocasiones están adulteradas. Mientras que en el alcohol, los peligros se dan por la opción otras razones, porque tienen efectos secundarios en la salud y porque requieren un fuerte gasto económico. Esto quiere decir que en la mayoría de los casos los participantes no están conscientes de los peligros que generan dichas sustancias, puesto que las mismas les producen placer y tranquilidad.

- En el Análisis de medición de los Conocimientos para el Consumo de Alcohol y Tabaco, en el segundo caso, existe mayor presencia en la opción no se/ no conozco, seguido de bastante y nada de conocimiento; mientras que, en el alcohol, los conocimientos se dan en la opción, no se/ no conozco, nada y algo de conocimiento.

- En el Análisis de los componentes de medición de las Actitudes de Consumo de Alcohol, no se muestran diferencias significativas en las agrupaciones entre el sexo masculino y femenino; denotando así que por parte de los participantes no existe un descontento por el alcohol, así también no se genera una predisposición para el consumo, tampoco se da una acción contra el consumo. Esto quiere decir que los estudiantes en el mayor de los casos no muestra actitudes negativas, ni le genera displacer el consumo de dicha sustancia.

- En el Análisis comparado por sexo de los componentes de medición de las Actitudes de las Consumo de Tabaco, se muestra la presencia de diferencias significativas en el sexo femenino en relación al sexo masculino, quienes denotan un desagrado por el consumo de Tabaco en el contexto, lo que demuestra es que el consumo en el sexo femenino tiende más hacia el alcohol.

5.2. Recomendaciones

Con el objetivo de contribuir a posteriores investigaciones, se presentan las siguientes recomendaciones:

- Realizar promociones de salud mental en las Unidades Educativas de la Ciudad de Salcedo con el fin de incentivar la importancia de la misma, ya que la adolescencia es un periodo de cambios y los estudiantes necesitan tener herramientas de ayuda para poder desarrollarse de una manera adecuada.
- Promover actividades extra curriculares para los estudiantes con el objetivo de que se mantengan ocupados en actividades sociales, talleres, grupos de investigación dependiendo de las actitudes de cada participante, esto ayudará a canalizar energía.
- Implementar estudios en poblaciones de otras Ciudades, para poder conocer la prevalencia que tiene las sustancias y poder elaborar planes para la población adolescente.
- Realizar un seguimiento a los adolescentes que consumen sustancias, con el fin de guiarlos e informarles acerca del peligro que las mismas causan, a la vez identificar los factores de riesgo, para poder prevenir en los demás estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvaro, N. (2012). *Título de Doctorado. Prevalencia y factores relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de 13 a 17 años, en el colegio INEPE y el Colegio Nacional Gonzalo Zaldumbide, en el año lectivo 2010-2011*. Quito, Pichincha: PUCE.
- Anders, V. (2016). *Dechile.net*. Recuperado de <http://www.dechile.net/>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Aza, A. (2017). *Drogas y políticas públicas ¿Legalización o prohibición?*. Chía: Universidad de La Sabana
- Barbieri, I., Trivelloni, M., Zani, B. y Palacios, X. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 10, 69-86.
- Barbosa, A., Segura, C., Garzón, D. y Parra, C. (2014). Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 53-69.
- Barragán, A., Martos, A., Simón, M., Pérez, M., Molero, M. y Gázquez, J. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 4(1), 49-61.
- Baudrillard, J. (1968). *El sistema de los objetos*. Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=ejuKjuKnr4wC&printsec=frontcover&dq=El+sistema+de+los+objetos&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj3mL6ljOHYAhXSPFAKHV4jBMcQ6AEIJTAA#v=onepage&q=consumo&f=false>
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I...y Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de trastornos adictivos* (2ª ed.). España: Enfoque.

- Cano, J. (2012). *Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes*. Estados de ánimos negativos, grupo de iguales y estilos parentales. *Adicciones*, 309-318.
- Carrasco, C., Quispe, C. M., Quispe, J. A. y Ávalos, L. (2015). Nuevas vías de administración de alcohol en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(4), 817-24.
- Castaño, J. y Jurado, S. (2016). *Venta técnica*. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=k4_sDAAAQBAJ&pg=PA2&dq=Venta+t%C3%A9cnica&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewiGnIGameHYAhUOK1AKHb6SB9EQ6AEIMDAC#v=onepage&q=consumo&f=false
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología* (2ª ed.). Bogotá: Ecoe.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. (2008). *Guía de Recomendaciones Clínicas. Alcoholismo*. Asturias: Diéresis Comunicación
- Consejo Interamericano Sobre Espiritualidad Indígena. (2014). *El tabaco*. Recuperado de <https://ciseiweb.wordpress.com/about/>
- Consep (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas) (2015). *Tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media*. Quito: Consep
- Córdoba, R. y Samitier, E. (2009). *50 Mitos del tabaco*. España: Departamento de Salud y Consumo Gobierno de Aragón.
- Cosacov, E. (2007). *Diccionario de términos técnicos de psicología* (3ª ed.). Córdoba: Brujas
- Chacón, R., Castro, M., Caracuel, R., Padial, R., Collado, D. y Zurita, F. (2016). Perfiles de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes andaluces de primer ciclo de educación secundaria. *Health and Addictions*, 16 (2), 2016, 93-104.
- Duffy, D. (enero/abril, 2014). Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. *Salud & Sociedad*, 5 (1), 40-52.
- Duffy, D. (2015). Consumo de alcohol: principal problemática de salud pública de las Américas. PSIENCIA. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7 (2), 371-382.

- Espinoza, R. (30 de mayo de 2015). El riesgo de ser fumador pasivo. *El popular.pe*. Recuperado de <http://www.elpopular.pe/series/salud/2015-05-30-el-riesgo-de-ser-fumador-pasivo>
- Ferreira, M. M. y Torgal, M.C. (marzo/abril, 2010). Consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(2), 2-8.
- Fuentes, M., Alarcón, A., García, F. y Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: Efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de psicología*, 31 (3), 1000-1007.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. España: Siglo xxi.
- García, J., Dias, P., Díaz-Pérez, J., Bastos, A., García, A., López, C. y Maciá, D. (abril, 2012). Adaptación de las escalas de actitudes hacia el tabaco, el alcohol y otras drogas en adolescentes Portugueses. *Salud y drogas*, 12 (1), 79-99.
- Garrido, A. A. (2013). *Cerebro y drogas*. México: Manual Moderno.
- Godoy, A., Herrera, T. y Ulloa, M. (2003). *Más allá del pulque y el tepache: las bebidas alcohólicas no destiladas indígenas de México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- González, J. y Manjarrez, M. (2002). *Soluciones para convivir con un alcohólico*. México: Pax.
- González, M., Espada, J., Guillén, A., y Secades, R. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, 108115.
- Gutiérrez, L., Rodríguez, Y., Pérez, C., Martínez, N. y Sagredo, J. (2015). Prevalencia del Uso de Sustancias Tóxicas Lícitas en Estudiantes Universitarios. *Anales de Medicina PUCMM*, 5(1), 47-57.
- Hernberg, S. (1992). *Introducción a la epidemiología ocupacional*. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=9F_Z1sWunZQC&pg=PA5&dq=metodolog%C3%ADa+epidemiol%C3%B3gica&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwionf6DzYXZAhXFalAKHYAUADcQ6AEILzAC#v=onepage&q=metodolog%C3%ADa%20epidemiol%C3%B3gica&f=false

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México: McGRAW-HILL.
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgos psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71 (1), 39-42.
- Latorre, P., Cámara, J. y García, F. (marzo/abril, 2014). Búsqueda de sensaciones y hábitos de tabaquismo, consumo de alcohol y práctica deportiva en estudiantes de Educación Secundaria. *Salud Mental*, 37(2), 145-152.
- Lipari, R., Williams, M., Copello, E. y Pemberton, M. (2016). *Factores de riesgo y de protección y estimaciones de la iniciación del uso de sustancias: resultados de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Salud 2015*. Recuperado del sitio de internet de Substance Abuse and Mental Health Services Administration: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-PreventionandInit-2015/NSDUH-PreventionandInit-2015.htm>
- López, M., Alonso, M., Méndez M. y Armendáriz, N. (2016). Descripción del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de complementos urbanos del estado de Nuevo León, México. *Salud y drogas*, 16 (2), 127-134.
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencia. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* (3ª ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Martínez, I., Fuentes, M., García, F. y Madrid, I. (2013). .El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes Españoles. *Adicciones*, 25 (3), 235-242
- McClure, A., Stoolmiller, M., Tanski, S., Engels, R. y Sargent, J. (2013). Alcohol marketing receptivity, marketing specific cognitions, and underage binge drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(1), 404-413.
- Mateu, J. C. (2003). *Tamaño de la Muestra*. Barcelona: Bellaterra.
- Mencías, E. y Mayero, L. (2000). *Manual de toxicología básica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Morales, A. (2005). *Investigación Avanzada*. Madrid: libros
- Moreta, R., Reyes, C., Mayorga, M. y León-Tamayo, L. (2017). Estimación sobre niveles y factores de riesgo psicosocial en adolescentes escolarizados de Ambato, Ecuador. *Pensando Psicología*, 13(22), 29-40.

- Moreta-Herrera, R., Mayorga-Lascano, M., León-Tamayo, L. e Ilaja-Verdesoto, B. (2018). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes y factores de riesgo asociados a la exposición reciente. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 18 (1), 39-50.
- Muñoz, C., Sandstede, M. y Klimenko, O. (2017). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia, 2016. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas Psicoespacios*, 11(18), 149-170.
- Myers, D. (2005). *Psicología social* (8ª ed.). México: McGraw-Hill.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2017a). *Niveles de consumo definidos*. Recuperado de <https://www.niaaa.nih.gov/>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2017b). *Visión general del consumo de alcohol*. Recuperado de <https://www.niaaa.nih.gov/>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2017c). *Beber de menor de edad*. Recuperado de <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders/underage-drinking>
- National Institute on Drug Abuse. (marzo, 2017). *Cigarrillos y otros productos con tabaco*. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts-cigarettesother-spanish.pdf>
- Nogal del, M. (2012). *Cómo superar el tabaco, el alcohol y las drogas*. Bilbao: Desclée de brouwe.
- Núñez, J. y Ortiz, M. (2010). *APA Diccionario conciso de psicología*. México: El manual moderno.
- Organización Mundial de la Salud. (enero, 2015). *Alcohol*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Factores de riesgo*. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C.: OPS.

- Ozuna, M. (2014). *Actitudes hacia el consumo de alcohol y el consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria* (Tesis de maestría). Recuperada de <http://eprints.uanl.mx/4270/>
- Pacheco, R., Mesa, I., y Torres, F. (2014). *Prevalencia y factores asociados al consumo de cigarrillo en los estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, 2014*. *Panorama Médico*, 46-51.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia* (9ª. ed.). México: McGraw- Hill/ Interamericana Editores.
- Pérez, J. (2001). *Hostelería. Técnicas y calidad de servicio*. Madrid: Hotel, S.L.
- Pérez, J. (2014). *Prevención del Consumo de Alcohol y Tabaco*. Santa Elena: UPSE.
- Pérez, M., Gázquez, J., Molero, M., Cardila., F., Martos, A., Barragán, A., Garzón, A., Carrión, J. y Mercader, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 371-382.
- Polaino, A. y Heras De las, J. (2006). *Cómo prevenir el consumo de drogas* (7ª ed.). Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=ovMMdVOihIUC&pg=PA191&dq=tipos+de+fumadores&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjVzc_enPXYAhXSuVMKHb8dB1AQ6AEIJTAA#v=onepage&q=tipos%20de%20fumadores&f=false
- Pons, J., Bejarano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8 (2), 177- 191.
- Risueño, J. y Ruiz, F. (2015). Actividad físico-deportiva y contexto familiar: Variables predictoras de consumo de tabaco entre adolescentes Españoles. *Revista Iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 10 (1), 121-131.
- Rivadeneira, M., y Ruiz, I. (2014). *Prevalencia de obesidad y factores en el personal administrativo de los Municipios de Ibarra y Otavalo*. Universidad del Norte, 2-17
- Rovira J. (2017). *Persona no consumidor*. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=X_nNDgAAQBAJ&pg=PA6&dq=consumidor+2017&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjM0PGLmuHYAhVDEVAKHVJbAtMQ6AEIMjAC#v=onepage&q=consumidor%20&f=false

- Ruiz, G. y Medina, M. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*, 37, 1-8.
- Sánchez, L. (2005a). *Jóvenes y alcohol. Una mala compañía*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Sánchez, L. (2005b). *Los adolescentes y el alcohol. No te dejes ahogar por el alcohol*. Castilla y León: Junta de Castilla y León.
- Sánchez, L. (2005c). *Los adolescentes y el tabaco. No te dejes consumir por el tabaco*. Castilla y León: Junta de Castilla y León.
- Santos Dos, J., Queiroz De, A., Melo De, P., Zarzar, P., Silva Da, A., Colares, V. y Franca Da, C. (2017). Binge drinking and illicit drug use among adolescent students. *Revista de Saúde Pública*, 51 (83), 1-6.
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E., y Zechmeister, J. (2007). *Métodos de investigación en psicología* (7ª ed.). México: McGRAW-HILL.
- Souza, M. (2007). *Adicciones. Clínica y terapéutica*. México: Alfil.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Alcohol*. Recuperado de <https://www.samhsa.gov/atod/alcohol>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). *Tabaco*. Recuperado de <https://www.samhsa.gov/atod/tobacco>
- Telumbre, J. y Sánchez, B. (2015). Consumo de alcohol en adolescentes del Estado de Guerrero, México. *Salud y drogas*, 15(1), 79-86.
- Tice, P., Ahrnsbrak, R., Bose, J., Hedden, S., Lipari, R. y Park-Lee, E. (2017). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 17-5044, NSDUH Series H-52). Recuperado del sitio de internet de National Survey on Drug use and Health: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2016/NSDUH-FFR1-2016.pdf>
- Vázquez, M., Muñoz, M., Fierro, A., Alfaro, M., Rodríguez, M. y Rodríguez, L. (junio, 2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 16, 125-134.

Villegas, M., Alonso, M., Alonso, B. y Guzmán, F. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 35-46.

ANEXOS

ANEXO A: Hoja de presentación del proyecto de investigación



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

Sede
Ambato

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “CONSUMO DE ALCOHOL Y
TABACO EN ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DEL CANTÓN
SALCEDO. ANÁLISIS DE PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS”**

BATERIAS DE EVALUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y PSICOLÓGICA

- 1. Carta de consentimiento.**
- 2. Anexo 1.** Ficha Sociodemográfica.
- 3. Anexo 2.** Posibilidad de contacto con Alcohol y Tabaco en el Centro de Estudios y en el Barrio.
- 4. Anexo 3.** Análisis de medición de las Circunstancias para el Consumo de Alcohol y Tabaco.
- 5. Anexo 4.** Análisis de medición de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco.
- 6. Anexo 5.** Análisis de medición de los Beneficios para el Consumo de Alcohol y Tabaco.
- 7. Anexo 6.** Análisis de medición de los Problemas para el Consumo de Alcohol y Tabaco.
- 8. Anexo 7.** Análisis de medición de la Peligrosidad y Demanda de Ayuda para el Consumo de Alcohol y Tabaco.
- 9. Anexo 8.** Análisis de medición de los Conocimientos para el Consumo de Alcohol y Tabaco.
- 10. Anexo 9.** Cuestionario de Visión del futuro (Chang et al., 2001) adaptado por Páez (2004).
- 11. Anexo 10.** Componentes de Medición de las Actitudes de Consumo de Alcohol.
- 12. Anexo 11.** Componentes de Medición de las Actitudes de Consumo de Tabaco.
- 13. Anexo 12.** Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol (ACTICOL-92).
- 14. Anexo 13.** Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).
- 15. Anexo 14.** Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Tabaco (AUDIT).
- 16. Anexo 15.** Hoja de Autorización para Evaluación Psicológica en los Centros Educativos.

INSTRUCCIONES:

- Estos cuestionarios investigan algunos datos sociodemográficos, educativos y personales así como de bienestar y felicidad.
- Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste con la verdad.
- No hay respuestas buenas o malas, por tanto, no te preocupes por calificaciones.
- NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER, si tienes alguna duda, con toda confianza pregúntanos y con mucho gusto te orientaremos.
- La información que proporcionas será confidencial.

ANEXO C: Ficha *Ad Hoc* Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las indicaciones y complete la información requerida o marque con un “X” en la respuesta que corresponda.

INFORMACIÓN GENERAL

- 1. Edad:** _____ **2. Sexo:** (1) Masculino ___ (2) Femenino ___
- 3. Ciudad Domicilio Actual:** _____
- 4. Sector del domicilio:** (1) Urbano ___ (2) Rural ___ ¿Parroquia? _____
- 5. Identificación Étnica:**
 (1) Mestizo(a) ___ (2) Indígena ___ (3) Afro ___ (4) Blanco(a) ___
- 6. Estado Civil:** (1) Soltero/a ___ (2) Unión Libre ___ (3) Casado/a ___ (4) Otro ___
 ¿Cuál? _____
- 7. Identificación Religiosa:** (1) Católico(a) ___ (2) Cristiano(a)/Evangélico(a) ___
 (3) Testigo de Jehová ___ (4) Mormón ___ (5) Creyente sin identificación religiosa ___
 (6) Ateo ___ (7) Otra identificación religiosa ___
 ¿Cuál? _____
- 8. Realiza prácticas religiosas:** (Cultos Religiosos) (1) Si ___ (2) No ___
- 9. Con quién vive actualmente**
 (1) Solo Madre ___ (2) Solo Padre ___ (3) Ambos padres ___ (4) Otros ___
 ¿Cuál? _____
- 10. Como es el ambiente Familiar en el que Vive**
 (1) Mala ___ (2) Regular ___ (3) Buena ___ (4) Muy buena ___
- 11. Cuántas horas duerme?** _____
- 12. Cuántas veces al día come?** _____
- 13. ¿Está recibiendo en la actualidad Tratamiento Psicológico?**
 (1) Si ¿Por qué? _____ (2) No ___
- ESCOLARIDAD**
- 14. Rendimiento Académico:**
 (1) Sobresaliente ___ (2) Muy Bueno ___ (3) Bueno ___

(4) Regular _____ (5) Deficiente ____

16. Posee algún tipo de Beca:

(0) No tengo _____ (1) Beca de Excelencia Académica _____ (2) Beca por Comunidad indígena o Afroecuatoriana _____ (3) Beca Cultural _____ (4) Beca Deportiva _____ (5) Beca por Discapacidad _____ (6) Otra _____

17. Repite Curso Actualmente: (1) Si _____ (2) No _____

18. Anteriormente ha repetido curso: (1) Si _____ (2) No _____

19. Ha habido cambio de colegio o institución (1) Si _____ ¿Por qué ? _____ (2) No _____

ECONOMÍA Y TRABAJO

20. Situación socio-económica familiar:

(1) Mala __ (2) Regular __ (3) Buena __ (4) Muy buena ____

22. ¿La situación económica actual le permite continuar con sus estudios?

(1) Si _____ (2) No _____ ¿Por qué? _____

21. Situación académica y laboral del estudiante:

(1) Estudio y no trabajo ____		
(2) Estudio y trabajo ____	¿Cuántos días trabaja por semana?	
	¿Cuántas horas trabaja por día?	

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO D: Posibilidad de contacto con Alcohol y Tabaco en el Centro de Estudios y en el Barrio

Instrucciones: Indique en cada una de las sustancias si existe contacto o no y los lugares donde sabe que podría conseguirlas.

<i>Uso de drogas</i>	<i>Disponibilidad</i>			
	<i>Mi barrio</i>		<i>El colegio o cerca</i>	
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Alcohol				
Tabaco				
Cannabis, marihuana				
Otras drogas				

ANEXO E: Análisis de medición de las Circunstancias para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Instrucciones: Marque que tipo de droga encaja en alguna de las circunstancias para consumir sustancias. Puede asociar algunas razones con un tipo de sustancia.

#	<i>Cuestionario</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Otras drogas</i>
1	Con un amigo o compañero				
2	Con un familiar				
3	En un grupo de amigos				
4	En una fiesta				
5	En un viaje				
6	En el trabajo				
7	Otras				
8	No Se/ No Conozco				

ANEXO F: Análisis de medición de las Motivaciones para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Instrucciones: Marque qué tipo de droga encaja en cada una de las razones para consumir sustancias. Puede asociar algunas razones con cada tipo de sustancia.

#	Cuestionario	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Otras drogas
1	Por escapar a problemas				
2	Por el gusto de hacer algo prohibido				
3	Por experimentar placer, animarme, sentirme libre				
4	Por estudiar o trabajar mejor				
5	Para facilitar la conversación				
6	Para calmar los nervios				
7	Porque es una costumbre				
8	Por curiosidad y deseo de sentir nuevas sensaciones				
9	Para dormir mejor				
10	Por sentirme rechazado/no aceptado en mi familia				
11	Por sentirme marginado/discriminado en el trabajo				
12	Por encontrar un nuevo estilo de vida				
13	Por deseo de ser aceptado en un grupo				
14	Por enfermedad o dolor				
15	Otras.				

ANEXO G: Análisis de medición de los Beneficios para el Consumo de Alcohol y

Tabaco

De la lista de supuestos Beneficios existentes por el uso de drogas marque cuáles cree que se deben al consumo de cada una de las sustancias. Marque en cada una de las sustancias las que crea pertinentes.

#	<i>Questionario</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Otras drogas</i>
Beneficios del uso de drogas					
1	Placer, bienestar				
2	Estimulación, energía				
3	Calma, tranquilidad				
4	Resistencia a la fatiga				
5	Evitación de molestias				
6	Mejora en las relaciones sociales				
7	Mejora en las relaciones sexuales				
8	Otras				
9	Ninguna				
10	No Se/ No Conozco				

ANEXO H: Análisis de medición de los Problemas para el Consumo de Alcohol

y Tabaco

Instrucciones: Del grupo de supuestos Problemas existentes por el uso de drogas marque cuáles cree que se deben al consumo de cada una de las sustancias. Marque en cada una de las sustancias las que crea pertinentes.

#	Cuestionario	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Otras drogas
Problemas del uso de drogas					
1	Problemas familiares				
2	Problemas económicos				
3	Problemas escolares o laborales				
4	Problemas de salud (enfermedades)				
5	Problemas legales				
6	Problemas psicológicos				
7	Problemas sociales				
8	Accidentes de tránsito u otros				
9	Muerte				
10	Otros				
11	Ninguno				
12	No Se/ No Conozco				

ANEXO I: Análisis de medición de la Peligrosidad y Demanda de Ayuda para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Instrucciones: De la siguiente lista de peligros y lugares de ayuda ¿cuáles cree que encajan mejor en cada una de las sustancias? Marque por cada una de las sustancias las que considere pertinentes.

#	Cuestionario	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Otras drogas
Peligrosidad					
1	Porque tienen efectos secundarios en la salud				
2	Porque en muchas ocasiones están adulteradas				
3	Porque crean adicción				
4	Porque requieren un fuerte gasto económico				
5	Porque pueden provocar problemas familiares, laborales o sociales				
6	Porque en ciertos casos inducen a la comisión de delitos				
7	Por otras razones				
Demanda de ayuda					
1	Servicios médicos generales				
2	Centros especializados en toxicomanías				
3	Médico o psiquiatra privado				
4	Comunidades terapéuticas				
5	La familia				
6	Maestros-educadores				
7	Asociaciones de ex drogadictos				

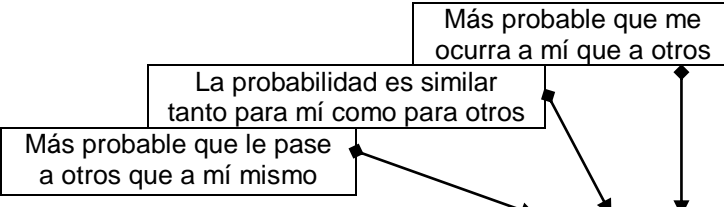
ANEXO J: Análisis de medición de los Conocimientos para el Consumo de Alcohol y Tabaco

Instrucciones: Indique en cada una de las sustancias cuál es el nivel de conocimiento que tiene sobre los efectos y las consecuencias que se producen por su consumo.

#	<i>Questionario</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Otras drogas</i>
1	Nada				
2	Poco				
3	Algo				
4	Bastante				
5	No Se/ No Conozco				

ANEXO K: Cuestionario de Visión del futuro (Chang et al., 2001) adaptado por Páez (2004)

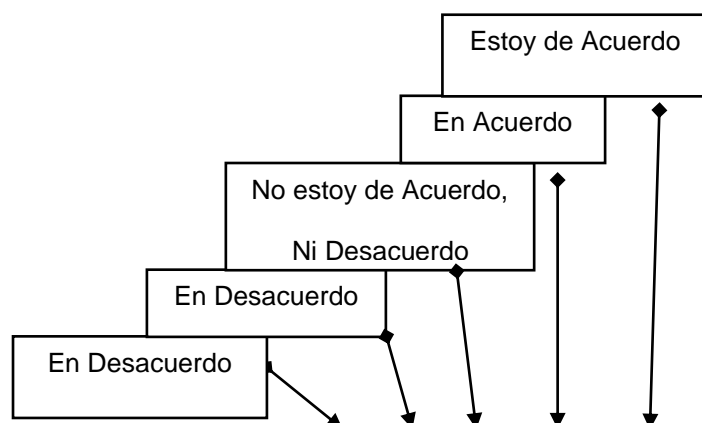
Instrucciones: Responda a las siguientes preguntas sobre la probabilidad que tiene usted de vivir hechos positivos y negativos



#	Cuestionario	1	2	3
1	Fracasar en un examen.	1	2	3
2	Tratar de aprender una nueva habilidad.	1	2	3
3	Sacar muy malas notas en al menos un parcial.	1	2	3
4	Perder contacto con un buen amigo con el que usted Normalmente estaba relacionado.	1	2	3
5	Mejorar o cambiar su apariencia física (peso, ropa, estilo de peinado) en una forma que a usted le guste.	1	2	3
6	En un grupo grande (al menos 5 personas) hacer un chiste o comentario graciosos del que todos se rían.	1	2	3
7	Ser incapaz de quedarme dormido más de una hora debido a la ansiedad y el estrés.	1	2	3
8	Que alguien se queje o rechace por su conducta o actuación.	1	2	3
9	Conocer a una persona nueva con la que espera tener una relación de años.	1	2	3
10	Tener un período de un día o más en el que pueda trabajar o hacer algo porque se siente demasiado deprimido o desmoralizado.	1	2	3
11	Asistir a un concierto o evento artístico que le guste.	1	2	3
12	Sentir una sensación de euforia después de un éxito o logro	1	2	3

ANEXO L: Componentes de Medición de las Actitudes de Consumo de Alcohol

Instrucciones: A continuación encontrarás algunas cuestiones relativas al consumo de sustancias. Responda de acuerdo con el grado en que concuerda con cada una de ellas.



		1	2	3	4	5
1	No me gusta que exista el alcohol.	1	2	3	4	5
2	El alcohol no debería existir.	1	2	3	4	5
3	Me siento feliz cuando se prohíbe beber alcohol.	1	2	3	4	5
4	Detesto las bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
5	¿Estaría dispuesto a comprar alcohol para mi uso y para mis amigos?	1	2	3	4	5
6	Estaría dispuesto a consumir alcohol en cualquier momento.	1	2	3	4	5
7	Estaría dispuesto a ser un consumidor habitual de alcohol.	1	2	3	4	5
8	Estaría dispuesto a consumir alcohol para relacionarme mejor con los demás.	1	2	3	4	5
9	Estaría dispuesto a emborracharse ante un problema grave.	1	2	3	4	5
10	¿Estaría dispuesto a beber alcohol con los (los) amigos (as) siempre que pueda?	1	2	3	4	5
11	Estaría dispuesto a convencer a los demás sobre los peligros de las bebidas alcohólicas	1	2	3	4	5
12	Estaría dispuesto a impedir que un niño beba alcohol.	1	2	3	4	5
13	Estaría dispuesto a colaborar en cualquier campaña contra las bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5

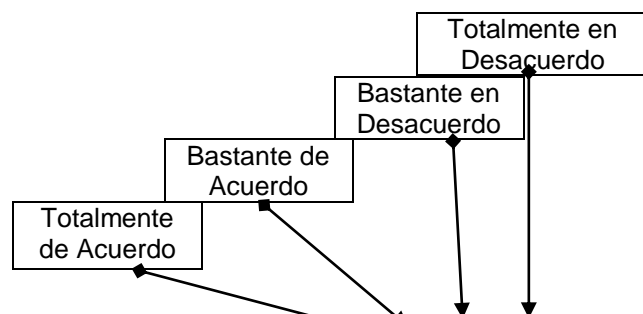
ANEXO M: Componentes de Medición de las Actitudes de Consumo de Tabaco

Instrucciones: A continuación encontrarás algunas cuestiones relativas al consumo de sustancias. Responda de acuerdo con el grado en que concuerda con cada una de ellas.

		1	2	3	4	5
1	El tabaco ayuda a relacionarse con otros.	1	2	3	4	5
2	El fumar es una señal de madurez personal.	1	2	3	4	5
3	El tabaco provoca un gran placer y bienestar.	1	2	3	4	5
4	El tabaco ayuda a divertir.	1	2	3	4	5
5	Me disgusta que el tabaco exista.	1	2	3	4	5
6	El tabaco me incomoda.	1	2	3	4	5
7	Me siento feliz cuando alguien deja de fumar.	1	2	3	4	5
8	No me gusta que se consuma tabaco.	1	2	3	4	5
9	¿Estaría dispuesto a comprar tabaco para mi consumo?	1	2	3	4	5
10	Estaría dispuesto a fumar habitualmente.	1	2	3	4	5
11	Estaría dispuesto a fumar la cantidad de tabaco que quiera.	1	2	3	4	5
12	Estaría dispuesto a dar tabaco a cualquiera.	1	2	3	4	5
13	Estaría dispuesto a fumar en cualquier lugar.	1	2	3	4	5

ANEXO N: Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol (ACTICOL-92)

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de oraciones. Le pedimos que dé su opinión sobre cada una de ellas, rodeando con un círculo el número que mejor exprese su forma de pensar.



		4	3	2	1
1	Es muy agradable tomar una copa o una cerveza con los amigos.	4	3	2	1
2	Si te conviertes en alcohólico, con un poco de voluntad puedes dejarlo.	4	3	2	1
3	Los y las jóvenes que beben alcohol, son más atractivos(as) para sus amigos(as).	4	3	2	1
4	Ser alcohólico es tan malo como ser adicto a drogas ilícitas (cocaína, marihuana, heroína).	4	3	2	1
5	El alcohol perjudica más que beneficia.	4	3	2	1
6	Es normal que un joven tome alcohol con sus amigos para pasárselo bien.	4	3	2	1
7	Bebiendo alcohol se "liga" más.	4	3	2	1
8	Es bueno esforzarse por beber menos.	4	3	2	1
9	Cuando uno está ebrio (borracho, tomado) se divierte más.	4	3	2	1
10	El alcohol tiene más cosas malas que buenas para la salud.	4	3	2	1
11	Bebiendo alcohol se hacen más amigos(as).	4	3	2	1
12	El alcohol es la perdición para muchas personas.	4	3	2	1
13	El alcohol es una droga.	4	3	2	1
14	Lo atractivo del fin de semana está en la embriaguez (borrachera).	4	3	2	1
15	Si se bebe sólo un poco, se conduce mejor que si no se bebe nada.	4	3	2	1
16	Beber alcohol demuestra que eres más maduro(a).	4	3	2	1
17	Los padres deberían dar buen ejemplo, no bebiendo delante de sus hijos.	4	3	2	1
18	¿Debería hacerse más controles de operativos anti-alcohol con los conductores de vehículos?.	4	3	2	1
19	Los profesores deben recomendar a sus alumnos/as que no consuman bebidas alcohólicas.	4	3	2	1
20	Las bebidas alcohólicas ayudan a animar las fiestas.	4	3	2	1
21	No se debería anunciar las bebidas alcohólicas por televisión.	4	3	2	1
22	Las personas que beben alcohol habitualmente, traen muchos problemas a la sociedad.	4	3	2	1
23	Los(as) jóvenes que beben mucho alcohol, suelen tener problemas familiares o personales.	4	3	2	1
24	Beber alcohol es una forma de tirar el dinero.	4	3	2	1
25	Deberían retirar la licencia de conducir a las personas que beben mucho.	4	3	2	1

26	El alcohol ayuda a solucionar los propios problemas.	4	3	2	1
27	Beber ciertas marcas de bebidas alcohólicas te hace sentir superior a los demás.	4	3	2	1
28	Se debería prohibir terminantemente la venta de alcohol a menores de 18 años.	4	3	2	1
29	Si no bebes, tus amigos(as) te rechazan.	4	3	2	1
30	El alcohol es útil para evadirse de los problemas cotidianos.	4	3	2	1
31	Si hubiera mejores relaciones en las familias, la juventud bebería menos alcohol.	4	3	2	1
32	Las autoridades de salud (sanitarias) deberían preocuparse por prevenir el abuso de alcohol entre los jóvenes.	4	3	2	1

ANEXO O: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Instrucciones: Las siguientes preguntas que tratan sobre el consumo de alcohol, lea cuidadosamente cada una de ellas y subraye la respuesta que más se acerque a su realidad

<p>1. ¿Qué tan frecuente consume alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino) (0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) De 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebió la mañana siguiente después de que bebió en exceso el día anterior (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas toma en un día típico de los que bebe? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8 o 9 (4) 10 o mas (5) Nunca</p>	<p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebe? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario (5) Nunca he bebido</p>	<p>8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. Durante este último año ¿Le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que ya había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de su consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos) (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>
<p>5. Durante este último año ¿Qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería de haber hecho por beber? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha preocupado por la forma en la que bebe o le han sugerido que le baje a su forma de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>

ANEXO P: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Tabaco (AUDIT)

Instrucciones: Las siguientes preguntas que tratan sobre el consumo de alcohol, lea cuidadosamente cada una de ellas y subraye la respuesta que más se acerque a su realidad

<p>1. ¿Qué tan frecuente consume algún tipo de cigarrillo? (0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) De 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente fumo la mañana siguiente después de que fumo en exceso el día anterior (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántos cigarrillos consume en un día típico de los que fuma? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8 o 9 (4) 10 o mas (5) Nunca</p>	<p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber fumado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente consume seis o más cigarrillos en un día típico de los que fuma? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario (5) Nunca he bebido</p>	<p>8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvido algo de lo que había pasado cuando estuvo fumando? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. Durante este último año ¿Le ocurrió que no pudo parar de fumar una vez que ya había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de su consumo de cigarrillo? (peleas, accidentes automovilísticos) (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>
<p>5. Durante este último año ¿Qué tan frecuentemente dejo de hacer algo que debería de haber hecho por fumar? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha preocupado por la forma en la que fuma o le han sugerido que le baje a su forma de fumar? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>

ANEXO Q: Hoja de Autorización para Evaluación Psicológica en los Centros Educativos



Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-05D06-2017-0393-OF

Salcedo, 07 de diciembre de 2017

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Señor
Carlos Rodrigo Moreta Herrera
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al documento No. S/N, de fecha 07/12/2017.

Que solicita autorización para realizar el Proyecto de Investigación con el Tema "Consumo de Alcohol y Tabaco en Adolescentes de la Instituciones Educativas del Cantón Salcedo Análisis de Prevalencia y Factores de Riesgos Asociados", en las unidades educativas: Salcedo, 19 de Septiembre y Rosa Zarate, en total 350 estudiantes.

Al respecto el Distrito 05D06 Salcedo Educación, autoriza realizar el Proyecto de Investigación con el tema señalado y en las instituciones educativas solicitadas, para el respectivo ingreso a las unidades educativas debe coordinar con las autoridades y personal del DECE, para la fecha de ejecución de la investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Daniel Osorio Fabara

Daniel Alexander Osorio Fabara
DIRECTOR DISTRITAL 05D06 SALCEDO EDUCACIÓN(E)



Referencias:
- MINEDUC-CZ3-05D06-UDAC-2017-1475-E

Anexos:
- AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

fn