ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

FACTOR SOCIOECONÓMICO Y SU RELACIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN UNIVERSITARIOS DE LATACUNGA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Línea de Investigación:

SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Autor:

KEVIN ALEXANDER MOLINA SÁENZ

Director:

PS. CARLOS RODRIGO MORETA HERRERA, MS.

Ambato – Ecuador

Octubre 2021

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACION

Tema:

FACTOR SOCIOECONÓMICO Y SU RELACIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN UNIVERSITARIOS DE LATACUNGA

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autor:

KEVIN ALEXANDER MOLINA SÁENZ

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps. Mg. **f.**_____

CALIFICADOR

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Ps. Mg. **f.**_____

CALIFICADOR

Paul Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mg. **f.**_____

CALIFICADOR

Varna Hernández Junco, Mg. PhD. **f.**_____

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr. **f.**_____

SECRETARIO GENERAL PUCE-A

Ambato – Ecuador

Octubre 2021

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **KEVIN ALEXANDER MOLINA SÁENZ,** con **CC. 055038206-3,** autor del trabajo de graduación intitulado: "FACTOR SOCIOECONÓMICO Y SU RELACIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN UNIVERSITARIOS DE LATACUNGA", previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGO CLÍNICO,** 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, noviembre 2021



KEVIN ALEXANDER MOLINA SÁENZ

CC. 055038206-3

AGRADECIMIENTO

A mi familia por ser la base del buen hombre que soy ahora, por su esfuerzo, valores y apoyo incondicional.

Agradezco al Ps. MS. Carlos Rodrigo Moreta Herrera quien, al ser mi tutor de esta investigación, supo guiarme a través de su basto conocimiento.

Extiendo mi agradecimiento a la Pontificia Universidad Católica Sede Ambato y a sus docentes.

A todos quienes por una u otra manera me brindaron su ayuda en mi formación universitaria.

DEDICATORIA

A mis padres.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es identificar la relación existente entre el factor socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco en una muestra de universitarios de la ciudad de Latacunga. Para ello, se empleó una investigación de tipo cuantitativa, de alcance descriptivo correlacional de corte transversal, a través de la evaluación por medio de la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico (NSE), Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo (C4), Escala de Medición de la Intención al Consumo de alcohol y la Escala de Actitudes Hacia el Alcohol y Tabaco. El estudio se ejecutó en una muestra de 742 universitarios distribuidos en 77,9 % de hombres y un 22,1 % mujeres de una universidad pública en Latacunga, cuyas edades oscilan entre los 17 y 42 años con una media de 22,40. Los resultados obtenidos muestran que el consumo de alcohol y tabaco es leve y con responsabilidad. Por su parte, el análisis estadístico refleja que no existe correlación positiva entre el factor socioeconómico y el uso de alcohol y tabaco. Por ende, el estatus socioeconómico no determina ni se relaciona con el nivel de consumo de estos psicoactivos.

Palabras clave: alcohol, condición socio- económica, consumo, relación, tabaco**.**

ABSTRACT

The aim of this research is to identify the relationship between the socioeconomic factor and alcohol and tobacco use in a sample of university students from Latacunga.To this end, a quantitative research method with a correlational, descriptive and cross-sectional scope was used through evaluation with the Socioeconomic Level Stratification Survey (NSE), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Questionnaire for the Classification of Cigarette Consumers for Young People (C4), Measuring Scale of Intention of Alcohol Use, and the Alcohol and Tobacco Attitudes Scale. The study was carried out on a sample of 742 university students, 77.9% male and 22.1% female, from a public university in Latacunga, whose ages ranged from 17 to 42 years old, with an average being 22.40. The findings depict that the alcohol and tobacco consumption is mild and responsible. On the other hand, the statistical analysis reflects that there is no positive correlation between the socioeconomic factor and the use of alcohol and tobacco. Therefore, the socioeconomic status does not determine or relate to the level of consumption of these psychoactives.

Key Words: alcohol, socio-economic condition, consumption, relationship, tobacco

ÍNDICE

PRELIMINARES

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN iii

AGRADECIMIENTO iv

DEDICATORIA v

RESUMEN vi

ABSTRACT vii

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y DE LA PRÁCTICA 6

1.1. Alcohol 6

1.1.1. Definición de alcohol y su consumo 6

1.1.2. Clasificación de las bebidas alcohólicas 8

1.1.3. Formas de administración de alcohol al organismo 10

1.1.4. Farmacocinética y farmacodinamia del alcohol 11

1.1.5. Causas asociadas al consumo de alcohol en universitarios 14

1.1.6. Efectos fisiológicos y adversidades en la salud por consumo de alcohol 16

1.1.7. Factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol 19

1.1.8. Tipos de consumidores de alcohol 21

1.1.9. Consumo de riesgo, perjudicial y por dependencia 23

1.1.10. Niveles clínicos de la ingesta de alcohol 25

1.1.11. Trastornos y criterios diagnósticos por consumo de alcohol 25

1.2. Tabaco 28

1.2.1. Definición de tabaco y consumo de tabaco 28

1.2.2. Clasificación de la presentación del tabaco 29

1.2.3. Formas de consumo o administración de tabaco al organismo 30

1.2.4. Farmacocinética del tabaco 31

1.2.5. Causas asociadas al consumo de tabaco en universitarios 33

1.2.6. Efectos fisiológicos y adversidades en la salud por consumo de tabaco 35

1.2.7. Factores de riesgo para el inicio del consumo de tabaco 39

1.2.8. Tipos de consumidores de tabaco 40

1.2.9. Trastornos y criterios diagnósticos por consumo de tabaco 42

1.2.10. Factores protectores que evitan el consumo de alcohol y tabaco 44

1.3. Factor socioeconómico 45

1.3.1. Definición de factor socioeconómico 45

1.3.2. Estratos socioeconómicos y sus características en el Ecuador 47

1.3.3. Condiciones y calidad de vida en el Ecuador 50

1.3.4. Variables que componen el factor socioeconómico 50

1.3.5. Resultados de las condiciones socioeconómicas en el consumo de alcohol y tabaco 51

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO 53

2.1. Paradigma, Modalidad y Alcance 53

2.2. Técnicas y Herramientas 55

1.2.1. Técnicas 56

1.2.2. Herramientas 56

2.3. Participantes y Muestra 67

2.3.1. Población 67

2.3.2. Muestra 67

2.3.3. Muestreo 68

2.3.4. Caracterización de la muestra 68

2.4. Procedimiento Metodológico 73

CAPÍTULO III. RESULTADOS 76

3.1. Análisis descriptivo de los instrumentos 76

3.1.1. Análisis descriptivo de la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico (NSE)……76

3.1.2. Análisis descriptivo del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al consumo de alcohol (AUDIT)..... 77

3.1.3. Análisis Descriptivo del Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo para Jóvenes (C4)..... 79

3.1.4. Análisis Descriptivo de la Escala de Actitudes Hacia el Alcohol 80

3.1.5. Análisis Descriptivo de la Escala de Actitudes Hacia el Tabaco 81

3.1.6. Análisis Descriptivo de la Escala de Medición de la Intención de Consumo de Alcohol…….82

3.2. Análisis Correlacional del Factor Socioeconómico y el Consumo de Alcohol y Tabaco……..83

CONCLUSIONES..... 87

RECOMEDACIONES 89

REFERENCIAS 90

ANEXOS..... 104

ANEXO 1: Hoja de presentación de la batería y datos generales del participante 104

ANEXO 2: Carta de Consentimiento Informado 105

ANEXO 3: Ficha Ad Hoc Sociodemográfica..... 106

ANEXO 4: Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico 107

ANEXO 5: Cuestionario de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)..... 111

ANEXO 6: Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo para Jóvenes (C4) 112

ANEXO 7: Escala de Medición de la Intención de Consumo de Alcohol 113

ANEXO 8: Cuestionarios de Actitudes Hacia el Alcohol y Tabaco 114

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se encuentra inmersa dentro de la sección de salud integral, determinación social y desarrollo humano como línea investigativa. Su realización tiene como fin identificar la relación existente entre el factor socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco en universitarios de la ciudad de Latacunga a través de un estudio cuantitativo, correlacional y de corte transversal. Respecto a la estructura del estudio, este se encuentra conformado por capítulos que comprenden: el estado del arte, marco metodológico, resultados, conclusiones y recomendaciones.

A fin de ahondar en la temática, es importante conocer sus antecedentes investigativos. Si bien los estudios en la población universitaria son relativamente escasos, aquellos realizados en otro tipo de poblaciones (adolescentes, adultos) son más abundantes. No obstante, esta situación no limita la realización de esta investigación, al contrario, motiva su ejecución. Por ello, a continuación, se muestran estudios acordes a la temática, en los cuales, los resultados coinciden, sin embargo, uno de ellos difiere.

Resulta de importancia mencionar antecedentes de investigativos en otros países de Latinoamérica a través de los años. Es así como en un estudio ejecutado por Caballero, Madrigal de León, Hidalgo y Villaseñor (1999), realizaron el análisis del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas de carácter ilegal y la relación con distintas variables socioeconómicas. La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Guadalajara, México, por medio de una muestra de 866 adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos. Consecuentemente, los resultados demuestran que en los niveles socioeconómicos medios y altos el consumo de tabaco y alcohol es más elevado, mientras que la ingesta de drogas ilegales posee un nivel más alto en el estrato socioeconómico bajo y marginal. En conclusión, la información permite inferir que, en esta muestra mexicana, el estatus socioeconómico guarda relación con el grado de consumo de alcohol y tabaco.

Por otra parte, una investigación ejecutada en Ecuador por Meneses, Cisneros y Braganza (2019), tuvo como objetivo identificar si el consumo excesivo de alcohol está condicionado por parte del nivel socioeconómico. Para ello, se trabajó con una población perteneciente a 29.052 hogares de 2.421 sectores del territorio ecuatoriano cuyas edades oscilan desde los

12 hasta 65 años y más. Los resultados demuestran que aquellas personas en condiciones de pobreza, con secundaria y estudios superiores incompletos y sin empleo, poseen más probabilidad de inmiscuirse en una ingesta de alcohol excesiva y prolongada. En conclusión, un nivel socioeconómico bajo y sus factores relacionados causan vulnerabilidad al sujeto para caer en un consumo en exceso.

El factor socioeconómico no está únicamente constituido por la cantidad de ingresos económicos, sin embargo, este indicador es el más importante. Por ende, una investigación consumada por Reddy-Jacobs, Téllez-Rojo, Meneses-Gonzáles, Campuzano-Rincón y Hernández-Ávila (2006), se centró en la caracterización del consumo de tabaco con relación a el grado de pobreza y del nivel socioeconómico de los evaluados. Para ello se contó con la participación de 29.548 adolescentes de 10 a 21 años. Los resultados demuestran que la pobreza y un nivel socioeconómico bajo, no está vinculado con el consumo de tabaco, pero en su contraparte, la relación es positiva en quienes poseen disponibilidad de dinero y un nivel socioeconómico más alto en función al grupo anterior. Por lo tanto y, para resumir, la facilidad de dinero, es un determinante para que estos jóvenes posean una mayor probabilidad de fumar.

En otro contexto, un trabajo a escala nacional perpetrado por Machado y Santos (2007), tuvo como principal interrogante el identificar la relación existente entre la utilización de drogas y el nivel socioeconómico en una muestra de 568 adolescentes. A diferencia de los estudios mencionados anteriormente, este reveló resultados que difieren. De este modo, la ingesta de alcohol es más elevada en adolescentes de clase media y alta con un porcentaje de 90 y 80% respectivamente. Por su parte, el consumo de tabaco es mayor en adolescentes de la clase baja inferior con un 35, 7 %, en comparación a aquellos que forman parte del estrato medio 32%.

Una investigación realizada en Chile por Amigo, Ale, Varela, Peruga y Bustos (2018) con dos cohortes de adultos jóvenes; los primeros nacidos entre 1974 y 1978, y el segundo grupo compuesto por participantes nacidos entre 1988 y 1992. Las dos cohortes, fueron evaluadas entre los años 2014 y 2017. Por su parte, los resultados de este estudio corroboran otras investigaciones, es por ello que en la cohorte 1 de evaluados, el tabaquismo posee más presencia en los niveles socioeconómicos bajos, mientras que en la cohorte 2, el tabaquismo

refleja, de forma literal, los mismos resultados; la adicción hacia el tabaco es más evidente en los estratos socioeconómicos bajos que en los altos.

La gran mayoría de investigaciones en torno a esta temática se centran en adolescentes escolarizados. Así pues, un estudio realizado en San Luis, Argentina, por Fantin y Morales (2007), tuvo como objetivo inquirir las diferencias existentes respecto a patrones de consumo en adolescentes pertenecientes a establecimientos educativos de distintos estratos socioeconómicos. El levantamiento de datos se dio con una muestra de 280 adolescentes a través del test de Identificación de los Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) y el Cuestionario de Identificación de Dependencia de Drogas (CIDD). Por consiguiente, los resultados obtenidos revelan que los adolescentes pertenecientes a la institución de nivel socioeconómico alto muestran un porcentaje de riesgo de consumo mayor, sin embargo, los de la escuela de nivel medio refieren un grado más alto de ingesta perjudicial, y quienes forman parte de la escuela de nivel socioeconómico bajo refieren más grado de dependencia hacia el alcohol.

Como se pudo apreciar, los resultados cuantitativos, de la mayoría de las investigaciones mostradas, coinciden al postular que a menor nivel socioeconómico existe un mayor consumo de alcohol y de tabaco. Esto da a conocer que dicha dinámica no varía del todo de acuerdo el contexto cultural, en donde la ingesta de alcohol y el tabaquismo es un problema que afecta a los grupos sociales más vulnerables. Por esta razón, se identificó este acontecimiento en la ciudad de Latacunga, por lo tanto, la investigación es pertinente ejecutarla.

En relación a la problemática, se observa que los jóvenes universitarios de la ciudad de Latacunga, que reportan poseer un nivel socioeconómico bajo aparentemente consumen más alcohol y tabaco que aquellos jóvenes que refieren tener un nivel socioeconómico medio y alto. La accesibilidad a empleo, alfabetización, estudios terminados, sector de residencia (urbano, rural), patrimonios y bienes, acceso a recursos y servicios son criterios que permiten identificar el nivel socioeconómico que posee el individuo (Domínguez et al., 2014). De este modo, se entiende como factor socioeconómico a un concepto multidimensional que surge sobre la base de la noción de desigualdad, que se estructura en distintos grupos de personas

relacionados con diferentes posiciones reguladas por una matriz social, afecta la percepción social individual entre sujetos (León & Collahua, 2016).

En cuanto al consumo de alcohol y tabaco se habla de que la motivación, frecuencia en el consumo, problemas familiares y de pareja, percepción del daño asociado, curiosidad, consumo en el entorno (amigos, familiares), son indicadores para evidenciar si existe o no la administración de estas sustancias en los individuos (Sedronar, 2017). Entendiéndose así como el consumo a la administración voluntaria de una sustancia psicoactiva de cualquier tipo que genera un efecto psicoactivo en el individuo con consecuencias cognitivas y emocionales (OMS, 1994). Estos componentes, aparentemente son comunes en la población universitaria.

Una vez interiorizado lo anterior, tras las observaciones, se hipotetiza que existe relación entre el nivel socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes universitarios de pregrado. Por ende, esta presunción es sujeta a comprobación, o en su defecto, a descartarse por medio de los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Identificar la relación existente entre el factor socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco en universitarios de Latacunga.

Objetivos Específicos:

1. Fundamentar teóricamente los aspectos relacionados al factor socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes.
2. Evaluar el factor socioeconómico y los patrones de consumo de alcohol y tabaco en los jóvenes universitarios de pregrado.
3. Realizar un análisis estadístico correlacional del factor socioeconómico y los patrones de consumo de alcohol y tabaco en los jóvenes universitarios de pregrado.

La realización sistemática de los objetivos mencionados, se ejecuta un estudio de tipo correlacional y de corte transversal entre el factor socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco, en una muestra de universitarios de la ciudad de Latacunga.

El principal objetivo de esta investigación es determinar el grado de asociación entre el factor socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco. No obstante, además, se busca analizar, posterior a la evaluación, el nivel, actitudes, intenciones hacia el consumo de tabaco y alcohol en los universitarios de Latacunga. Esto, con el motivo de que en los últimos años la autoadministración de estas sustancias dichos estudiantes reflejan índices y niveles altos de consumo de acuerdo con las autoridades de la ciudad.

De este modo, la investigación pretende aportar, con sus resultados, información valiosa dirigida a todo tipo de público; especialmente a autoridades universitarias, funcionarios gubernamentales e investigadores cuyo deseo sea el ejecutar una investigación con las mismas variables. Por otra parte, el presente trabajo investigativo representa la inmersión en un tópico poco indagado, es por ello su importancia radica en que las investigaciones realizadas en el Ecuador referente a esta temática son escasas, por lo que resulta pertinente llevar a cabo el estudio.

Finalmente, de comprobarse la hipótesis establecida, los resultados obtenidos permitirán plantear nuevos mecanismos de control e intervención oportunos en los universitarios que manifiesten dificultades respecto a un nivel de consumo de alcohol y tabaco problemático que genere adversidades derivadas, como: secuelas individuales, familiares y sociales. Además, se posibilita la ejecución de un modelo empírico y de explicación entre el factor socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco en universitarios.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y DE LA PRÁCTICA

1.1. Alcohol

1.1.1. Definición de alcohol y su consumo

El alcohol es una droga de uso mundial cuya práctica es normalizada y ejecutada por culturas a lo largo de la historia. Se entiende como consumo a la ingesta o administración voluntaria de una sustancia psicoactiva que serían una bebida alcohólica u otras drogas (Organización Mundial de la Salud OMS, 1994). No todos los tipos de alcohol son de consumo humano, por ende, el único apto es el etílico, convirtiéndose en la segunda sustancia psicoactiva más consumida en el mundo. Así pues, este tipo es un trago apto para catar de estado líquido e inodoro, pero no en su totalidad, posee un fuerte olor a quemante, que se produce tras la realización de un proceso natural conocido como fermentación (González, & Manjarrez, 2002). Evidentemente, es importante que la bebida atraviese un proceso bioquímico para ser ingerida.

El consumo de alcohol genera anualmente millones de muertes, lo que convierte a esta práctica en un problema social y de salud. Esta problemática, se describe como la cantidad de gramos administrados o por el contenido de tipo alcohólico que poseen las diferentes bebidas en forma de unidades estándar (Anderson, Gual, & Colon, 2008). Desde la salud pública la ingesta de alcohol encarna un fenómeno global puesto que acarrea consigo consecuencias individuales, familiares y sociales, además, representa el psicoactivo más consumido por la población (Telumbre-Terrero & Sánchez-Jaimes, 2015). Además, es considerada la causante de 1 de cada 20 víctimas anualmente al presentar el 5% de morbilidad mundial (OMS, 2018). De este modo, el consumo de alcohol se determina por grados y es una de las principales causas de muerte anual.

Son varias las consecuencias que trae consigo el beber alcohol independientemente de la cantidad, como: problemas familiares, laborales y, en algunos casos, la muerte. Origina cada año 3 millones de muertes a nivel global, pues su uso excesivo es la causa de

aproximadamente 200 enfermedades y trastornos mentales y/o del comportamiento, así como también, guarda relación causal con enfermedades como el VIH/Sida y genera problemas sanitarios y económicos elevados (OMS, 2018). Todo lo que deriva de este problema trae graves secuelas al dar como resultado una tasa de mortalidad muy eminente en la actualidad.

El consumo de alcohol afecta en gran medida a la población adolescente y joven. Al ser un problema de alcance global el desarrollo tanto individual como colectivo se ve afectado, puesto que cada año pierden la vida por causas relacionadas a esta problemática alrededor de 320 mil jóvenes. Sus edades oscilan entre los 15 y 29 años, conjuntamente al generar consecuencias en la salud física y psíquica del consumidor (ONU, 2011). Estos datos reflejan un número elevado de víctimas mortales en el grupo joven.

Desde un punto de vista social y cultural, el consumo de licores es una práctica regulada especialmente en actividades de grupo. Su consumo, en ocasiones, tiene connotación simbólica principalmente en occidente donde se la relaciona con la celebración. Para las principales instituciones sanitarias mundiales, el tomar alcohol en exceso representa un objetivo que contrarreste el golpe en la salud mundial, donde se pretende manejar el consumo responsable a través del trabajo corporativo (Azaustre, 2013). De modo que el exceder en esto afecta en la esfera individual y social, además, perjudica la labor de las instituciones de salud internacionales para evitar sus efectos negativos.

Las bebidas que contienen alcohol están inmersas en diversas culturas y su consumo, más que recreativo, son con fines variados. Más allá de sus propiedades que la catalogan como una sustancia psicoactiva, su ingesta tiene diferentes significados tanto positivos como negativos que dependerán de la cultura y el contexto en la que se realice. De este modo, en la sociedad occidental está relacionado en determinados grupos sociales como una práctica que forma parte de la inclusión y exclusión de personas (Azaustre, 2013). Es así como el contexto cultural determina el uso de esta sustancia y los objetivos, por lo tanto, poseen varias utilidades que dependen de cada sociedad.

Consumidor y no consumidor

El individuo no consumidor es aquel que ha ingerido o estado cerca de alguna sustancia psicoactiva al menos una vez en su vida. De acuerdo con Fernández (2003), existen diferencias entre consumidor y no consumidor. El primero introduce a su organismo varias sustancias de forma habitual como el alcohol, tabaco u otra droga de carácter ilegal. No obstante, el no consumidor, si bien no hace uso de las sustancias de forma continua y habitual, sí lo ha realizado al menos una o varias veces en un periodo de tiempo específico. Por ende, se entiende que el primero se autoadministra sustancias psicoactivas al organismo de forma constante, mientras que el segundo carece de esta frecuencia.

1.1.2. Clasificación de las bebidas alcohólicas

Actualmente las bebidas alcohólicas, se encuentran en varias formas y tamaños. Una bebida alcohólica apta para la ingesta es aquella que, en su composición, se encuentran varios componentes químicos como el etanol natural, donde su concentración es igual o mayor al 1% de su volumen (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social MSCBS, 2017). Además, esté líquido ha formado parte de la civilización y la vida social de los humanos por miles de años en festividades, situaciones de luto, comida y charla. A esto, se agrega que los primeros registros de destilación y fermentación de estas bebidas, se remontan a antes de los años 800 a. de C en zonas geográficas de lo que hoy corresponde a los territorios de China, India, Tartaria, Japón, etc. (Muñoz, 2010). Entendido lo anterior, existen dos grandes tipos: fermentadas y destiladas.

Aquellas que provienen de la fermentación son las más populares y de menor grado alcohólico. Es así que, de acuerdo al MSCBS (2017), las bebidas fermentadas son las que proceden de las frutas y los cereales por el accionar de sustancias como la levadura y el azúcar para convertirlos en alcohol. También, entre las más comunes están: el vino, que posee entre 10 y 13 grados de acuerdo con el país y la región; la cerveza, cuyo contenido alcohólico oscila entre los 4 y 6; y la sidra, que posee un grado alcohólico de 5 grados en general. Como se aprecia, este tipo de bebidas son las más conocidas globalmente y su nivel alcohólico es relativamente pequeño.

Por su parte, las bebidas destiladas se obtienen tras la eliminación de agua que contienen los fermentados por medio del calor y la destilación. Este tipo contienen entre 30 y 50 grados de alcohol, entre las principales se encuentran: el coñac o brandy, la ginebra, whisky, ron y vodka (MSCBS, 2017). En comparación a las bebidas fermentadas, las destiladas poseen 3 veces o más la cantidad de grados de alcohol y evidentemente son más fuertes para el gusto humano.

Frente al concepto de grado alcohólico el MSCBS (2017) manifiesta que "se expresa en grados y mide el contenido de alcohol absoluto en 100 cc, o sea el porcentaje de alcohol que contiene una bebida" (p. 38). Es por ello que las bebidas alcohólicas, de forma general, se agrupan en tres grandes categorías, las cuales, permiten el aparecimiento de otras, mismas que se presentan en la Tabla 1 a continuación.

Tabla 1

Tipos de bebidas alcohólicas

Clasificación y Características	
Vinos	Comprenden una de las primeras bebidas alcohólicas consumidas por el ser humano. Su elaboración consiste en la fermentación de todo tipo de jugo frutal. Además, cabe mencionar que su uso es empleado en varios contextos, como: ceremonias religiosas, en la medicina como tónico y sustituto de otras bebidas como el agua y el té.
Cervezas	Es una bebida obtenida de la malta que da como resultado, en estado puro, entre 3 a 6 % de pureza de alcohol, y al igual que el vino, su consumo se ha realizado desde hace varios siglos en festividades, rituales y prácticas culturales.
Destilados	Dentro de este grupo se ubican los licores como el *brandy*, la ginebra, el ron, *whiskies*, tequila, entre otros. Al ser destilados su grado alcohólico es mucho más grande en comparación al vino y la cerveza pues llegan a tener entre 40 a 50 % grados alcohólicos en promedio.

Fuente: González y Manjarrez (2002).

Entonces, los vinos y las cervezas son bebidas alcohólicas que provienen de la fermentación. Por el contrario, los destilados son aquellos que provienen, como su nombre lo dice, de la destilación para lograr el resultado final de una graduación alcohólica 10 veces mayor (media) respecto a los fermentados.

1.1.3. Formas de administración de alcohol al organismo

La vía oral no es el único método para la ingesta de alcohol. De modo que, según Carrasco-Farfán, Quispe-Nolazco, Quispe-Nolazco y Ávalos-Moreyra (2015), existen nuevas formas de consumir alcohol como alternativas a la vía digestiva. Estas prácticas de consumo relativamente nuevas hacen uso de cavidades y mucosas orgánicas potenciadas por la presión del grupo de los pares y por el deseo de experimentar de los jóvenes. A esta coacción, existe el método *binge drinking* que comprende en ingerir, en promedio, entre 4 o más tragos de alcohol seguidos en un periodo corto de tiempo, convirtiéndose en una práctica más común en los universitarios con el tiempo (Parada et al., 2011). Así pues, el consumo de alcohol mutó en otras variantes de administración al organismo acompañado por el deseo de experimentar sus efectos.

Una bebida alcohólica es introducida al cuerpo a través de distintas vías donde exista la presencia de mucosa. entonces, la boca no es el único acceso. Por ello, de acuerdo a Carrasco-Farfán et al. (2015), existen métodos pocos usuales para el consumo de alcohol, presentados en la Figura 1 a continuación.

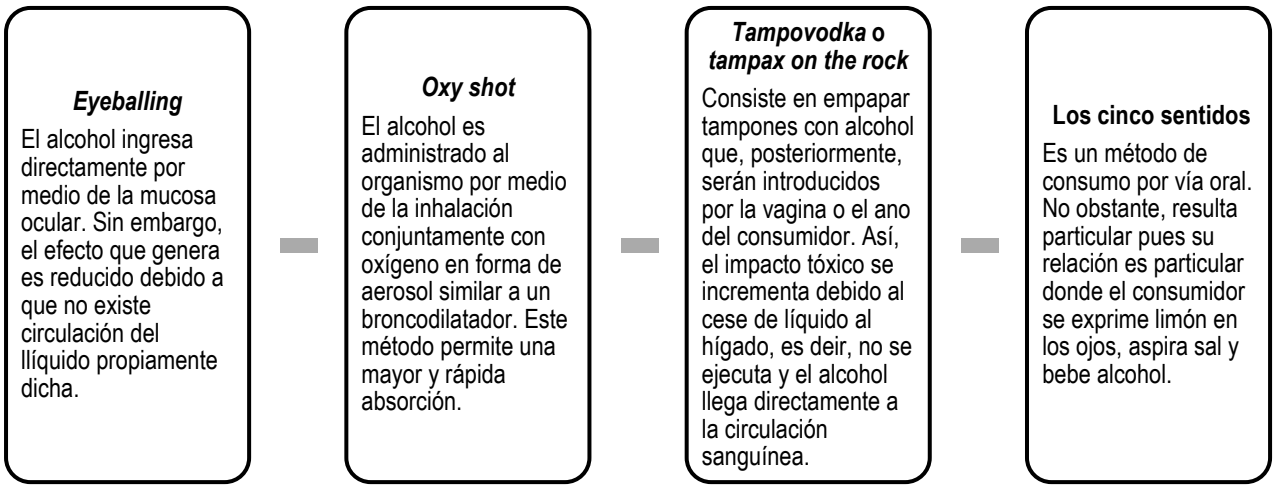


Figura 1: Variantes de consumo de alcohol
Fuente: Carrasco-Farfán, Quispe-Nolazco, Quispe-Nolazco y Ávalos-Moreyra (2015).

Estas nuevas formas de consumir alcohol representan prácticas dolorosas. Estas variantes en los últimos años, se han ejecutado por los adolescentes y jóvenes principalmente de Europa y Estados Unidos y países como Colombia y Perú (Carrasco-Farfán et al., 2015). Dichas

modalidades son más riesgosas pues se hace uso de vías y órganos sensibles para la ingesta que, naturalmente, no poseen este objetivo como función fisiológica.

1.1.4. Farmacocinética y farmacodinamia del alcohol

Farmacocinética

Se entiende como farmacocinética al accionar que el organismo realiza frente al fármaco consumido, es decir, cuáles son los efectos que genera el cuerpo sobre el fármaco ahora presente en el interior, donde existe una relación entre la cantidad de dosis administrada en el cuerpo con la obtención de concentración plasmática (Aguilera, 2009). Por otro lado, según Shoemaker, Ayres, Grenvik y Holdbrook (2002), la farmacocinética es definida como "el estudio cuantitativo de cómo ingresan los fármacos en el cuerpo, cómo se distribuyen en los diversos órganos y cómo se eliminan del cuerpo" (p. 965). Básicamente, la farmacocinética permite la comprensión de la influencia del cuerpo y sus componentes sobre los fármacos.

Absorción

La absorción hace referencia a cómo el alcohol es aspirado por medio del organismo. Para Téllez y Cote (2006) la absorción gastrointestinal, se ejecuta de forma inmediata luego de la ingesta en un periodo que va de 2 a 6 horas y que varía conforme a si el sujeto presenta desocupación gástrica con rapidez acompañado o en ausencia de alimentos en el estómago. El alcohol ingerido pasa a través de la vía oral donde es asimilado cerca del 70% por el tramo proximal del intestino delgado, mientras que el 20 % se absorbe por el estómago, y el 10 % restante es ingerido por el colon. Como se aprecia, el alcohol es succionado de forma inmediata principalmente a través del sistema digestivo.

Este proceso es distinto en cada individuo pues depende de la bebida consumida y de la alimentación previa al beber alcohol. La velocidad en la que el organismo absorbe este líquido varía por diferentes factores, como: si se ingiere en ayunas o con el estómago vacío en donde la concentración máxima de alcohol se da entre 30 y 60 minutos, este proceso se

torna más lento si existe la presencia de alimentos. Asimismo, la concentración de grados alcohólicos de una bebida también influye, aquellas que poseen entre 20 a 30% de graduación alcohólica, se absorben con mayor velocidad, mientras que las bebidas que poseen entre 3 y 10%, se absorben con menor rapidez (Téllez & Cote, 2006). De este modo, se asume que la presencia de comida en el vientre reduce la velocidad de absorción.

Distribución

La distribución es el proceso relacionado a la dispersión de la bebida alcohólica en la sangre. Así pues, conforme al MSCBS (2017), "el alcohol es una molécula hidrosoluble que se distribuye por toda el agua corporal, siendo las concentraciones similares a las de la sangre en la mayoría de tejidos y órganos bien irrigados" (p. 47). Los tejidos son una vía para la entrada de etanol hacia diferentes órganos, por lo tanto, para Téllez y Cote (2006) "una vez absorbido, los tejidos donde se concentra en mayor proporción son en su orden: cerebro, sangre, ojo y líquido cefalorraquídeo" (p. 36). Entonces, el alcohol se dispersa hacia órganos importantes como el encéfalo y del flujo sanguíneo producto de su característica soluble, razón que explica sus efectos; muerte de neuronas y alteración en las funciones cognitivas y motoras.

Metabolismo

El alcohol etílico se transforma en acetaldehído. En las personas no alcohólicas el etanol se oxida entre el 90 y 95% a través del alcohol deshidrogenasa o ADH. Por otra parte, las mujeres presentan un nivel más bajo de presencia de ADH a diferencia del hombre, de este modo, las mujeres presentan niveles o valores más elevados de alcoholemia (Roldán, Frauca, & Dueñas, 2003). Se aprecia diferencias de género, en donde las mujeres tienden a tener más grados de alcohol en la sangre durante y después del consumo.

La dinámica del metabolismo es un proceso complejo. Frente a esto, según Tellez y Cote (2006), el 98 & del alcohol a traviesa por una biotransformación ejecutada por el hígado, cuya velocidad es de 10 ml por hora a través de tres vías de metabolización, las cuales, son: enzima deshidrogenasa, vía que compete el sistema microsomal de oxidación y, por último, la vía correspondiente a las catalasas. Este proceso de metabolización varía de acuerdo a las

particularidades enzimáticas de cada sujeto; se modifica con la presencia de actiladores tanto rápidos como lentos pues influyen en la velocidad de transformación del etanol. Como se aprecia, casi todo el contenido de alcohol etílico se procesa y su rapidez en la metamorfosis es diferente en cada individuo puesto que también depende del tipo de acetiladores.

Eliminación

Gran parte de la expulsión del alcohol y sus componentes presentes en el organismo se llevan a cabo por medio de metabolización. Un pequeño porcentaje de etanol, sin haberse transformado, se elimina por medio de su incorporación en el sudor, orina, heces y aire exhalado. En cada individuo la velocidad de eliminación varía, sin embargo, en la media poblacional su expulsión se da entre 10 a 20 miligramos de alcohol etílico por cada 100 mililitros en una hora (Aragón, Miquel, Correa, & Sanchis-Segura, 2002). Entonces, se entiende que los fluidos corporales son una vía por donde el alcohol (sin transformarse) se elimina del cuerpo.

Farmacodinamia

La farmacodinamia permite comprender el accionar de los fármacos. De acuerdo a Betés, Duran, Mestres y Nogués (2008), se define como "la parte de la farmacología encargada de estudiar cómo actúan los medicamentos (mecanismo de acción), con qué intensidad producen esa acción (potencia) y en qué medida se producen las consecuencias (efectos)" (p. 23). De otro modo, se concibe que la farmacodinamia se enfoca en el estudio de los efectos y/o secuelas de los fármacos en el organismo.

El alcohol etílico genera insensibilidad al dolor que afecta al sistema nervioso central y a la transportación activa de elementos químicos. Como acciones farmacológicas, de acuerdo a Velasco (2014), el alcohol genera una desinhibición que provoca estados de euforia y un incremento del tono vital. Igualmente, se origina una aparente mejoría para asociar palabras e ideas, donde la capacidad de autocontrolarse disminuye. No obstante, el alcohol al ser un depresor produce efectos hipnóticos y analgésicos que, conforme la dosis sube, produce un decaimiento del sistema nervioso central a estados críticos de coma de respiración. Es así como el alcohol genera cambios en el comportamiento; ralentiza al sujeto debido a que las

funciones cognitivas y motoras se afectan. Consecuentemente, lo hace más susceptible a lesiones debido a su efecto directo sobre el sistema nervioso central.

1.1.5. Causas asociadas al consumo de alcohol en universitarios

Existen causas que decretan la ejecución del consumo. Los factores psicosociales, según Betancourth-Zambrano, Tacán-Bastidas y Córdova-Paz (2017), son aquellos que "representan un elemento importante desde la visualización de factores protectores o de riesgo en el consumo de alcohol" (p. 39). De este modo, los autores relevan que este tipo de factores serán de protección y de riesgo como, por ejemplo: la autoestima, ansiedad, depresión, estrés y alteraciones relacionadas, auto control, presencia de déficit en las habilidades interpersonales y de afrontamiento, la valorización inadecuada respecto a las sustancias e insatisfacción personal. Estados positivos como una buena autoestima y ausencia de cuadros de angustia y tensión son considerados preventivos para evitar el ingreso a esta problemática.

Los universitarios consumen para lograr un alcance en la desinhibición que facilite expresar su rebeldía, contrarrestar el ocio y la evasión de sus problemas. Esto, se ve potenciado en los jóvenes que habitualmente beben alcohol en situaciones familiares, lo que conlleva a la predisposición de realizar esta práctica en otros escenarios. Además, se manifiesta el en los jóvenes el deseo de experimentar emociones y momentos agradables que, conjuntamente con la presión social, se convierten en factores de mayor peso en esta población (Albarracín & Muñoz, 2008). La inmersión en un linaje que promueve esta conducta, así como el deseo de alcanzar situaciones placenteras acompañadas de la búsqueda de aprobación, conllevan al consumo.

Las creencias que los universitarios poseen respecto al alcohol son, en la mayoría de los casos, como "positivas" con una perspectiva, la cual, no involucra consecuencias destructivas. En este sentido, en lo que respecta a las creencias, según Londoño, García, Valencia y Vinaccia (2005), los jóvenes ostentan una visión del alcohol como una sustancia que permite reducir la tensión psicológica y física; aumento de expresividad al hablar, sentimientos de poder e incremento de la sexualidad. En resumen, se considera que dicha

sustancia permite liberar estrés y al mismo tiempo, aparentemente, condesciende a experimentar la diversión.

La falta de voluntad para rechazar la propuesta a consumir es un factor que no permite evitar el beber alcohol en los universitarios, al contrario, lo vuelve un determinante. Los problemas para refutar y adoptar una posición de negación, así como la presencia del consumo por miembros de la familia, los cambios del estado de ánimo, y en un porcentaje muy reducido la publicidad dirigida al consumo, son factores que influyen en los universitarios (Arias, Calderón, Cano, & Castaño, 2012). Entonces, el ingerir esta bebida se ve afectado por la pobre capacidad para resistir las propuestas y, de igual forma, el estado de ánimo propio de cada universitario, lo que permite deducir que un estado emocional triste intensifica el deseo de consumo.

Algunos de los problemas relacionados con esta práctica en universitarios son principalmente de índole académica, la inasistencia y evasión de compromisos académicos entre los más evidentes. De igual forma, se ve priorizado y aceptado socialmente por esta población en donde la compra se da en lugares aledaños como bares o discotecas que demuestra una ingesta alcohólica en episodios elevados (Betancourth-Zambrano et al., 2017). Como se ve, el consumo de alcohol trae efectos negativos a nivel académico y el libar se ejecuta cerca de las instituciones.

Los universitarios aún son personas fácilmente sugestionables. El riesgo al consumo incrementa por la aceptación de esta práctica y sobre la percepción positiva que poseen algunos padres respecto a la ingesta de alcohol, quienes más influyen son los pares y la pareja dentro de un contexto universitario al ejercer presión hacia el consumo (Betancourth-Zambrano et al., 2017). Las consecuencias guardan relación con el bajo rendimiento y falta de compromiso en las actividades laborales, problemas de depresión y, finalmente, la deserción escolar producto de ello.

1.1.6. Efectos fisiológicos y adversidades en la salud por consumo de alcohol

El consumo de alcohol en exceso es perjudicial pues involucra dosis elevadas, pero no en porciones pequeñas. El hecho de consumir de 1 a 3 vasos de vino por semana ocasiona efectos que están relacionados con la deshidratación y depresión del sistema nervioso central. A esto, se agrega la influencia en el aparecimiento del deterioro en las funciones cognitivas, sensoriales y motoras; disminución de la inhibición, problemas al hablar, euforia, estados de confusión, estupor, coma, y en casos más severos produce parálisis respiratoria y la eventual muerte (Toxipedia, 2014). Los estados y niveles de inconsciencia dependen de la cantidad de concentración de alcohol en el flujo sanguíneo.

El consumo nocivo y de prevalencia de alcohol es más elevado en el sexo masculino que en el femenino. Es así que anualmente cerca de 283 millones de personas poseen trastornos derivados por ingesta de alcohol, repartidos en 237 millones en hombres y 46 millones en mujeres (OMS, 2018). En consecuencia, esta sustancia psicoactiva genera la muerte de más de 3 millones de individuos de forma anual y coadyuva en la presencia de otras enfermedades.

El etanol resulta ser tóxico para la mayoría de los tejidos del cuerpo humano. El consumo crónico y excesivo abarca una serie de problemas fisiológicos en el sistemas digestivo, cardiovascular y nervioso. No obstante, para Estruch (2002), el alcohol “consumido a dosis moderadas, aunque sea de forma mantenida, tampoco parecen causar ninguna enfermedad, e incluso se ha sugerido que su consumo a dosis moderadas podría tener efectos beneficiosos sobre la salud” (p. 44). Entonces, se entiende que las enfermedades derivadas son más evidenciables si el consumo es elevado, mientras que en el consumo moderado y controlado no. Sin embargo, las adversidades están latentes.

Las pérdidas vitales, que se derivan de este problema, son mayores a algunas otras enfermedades de carácter mundial. Según el informe sobre la situación mundial de alcohol y la salud emitido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), solo el en el año 2016 el consumo nocivo de bebidas alcohólicas desencadenó la muerte de 3 millones de personas a nivel mundial. De este modo y según los datos obtenidos, su ingesta en exceso posee una mortalidad más alta que varias enfermedades como la tuberculosis, infección por

el VIH/Sida y diabetes (OPS, 2019). Las cifras muestran que la exuberancia en esta dinámica de alcohol provoca un índice mortal eminente, más que otros padecimientos infecciosos o por transmisión.

El sistema nervioso central es uno los sistemas más afectados por el consumo de alcohol. Los posibles efectos serán desde una polineuritis alcohólica, epilepsia, síndrome de abstinencia, delirium tremens, psicosis alcohólica hasta una atrofia encefálica. Además, el alcohol al ser un tóxico directo afecta al sistema cardiovascular con enfermedades, como; cardiomiopatías, trastornos del ritmo cardiaco, hipertensión arterial e inflamación muscular cardiaca (Fernández, Fresnillo, Fresnillo. L, Poza, & Robledo de Dios, 1999). Los efectos a nivel de encéfalo serán irreversibles al igual que a nivel cardiovascular.

Efectos en el aparato digestivo

El sistema digestivo es el primero en tener contacto con el alcohol. El tubo digestivo, se ve afectado y las consecuencias dependen de la dosis que se administra, por lo tanto, las porciones bajas presentan pocos efectos mientras que en dosis más elevadas los efectos se incrementan pues ocasionan, en algunos casos, trastornos de motilidad esofágica y reflujo gastroesofágico (Estruch, 2002). En este sistema el exceso de alcohol es perjudicial puesto que genera problemas en la deglución.

Las secuelas van desde problemas en la mucosa gástrica hasta el intestino delgado. De acuerdo a Estruch (2002), “los efectos agudos del alcohol sobre el intestino delgado contribuyen, pues, al menos en parte, en la malnutrición observada en estos pacientes” (p. 48). Esta malnutrición no es causada por falta de alimento, sino por las diarreas ocasionadas derivadas del consumo continuo y excesivo de alcohol, lo cual, produce descompensación por la ingesta enólica. La demasía de alcohol y en grandes cantidades inflaman la barrera gástrica, lo que explica el origen de erosiones y hemorragias.

Efectos Cardiovasculares

Las consecuencias se reflejan principalmente a nivel del corazón y del sistema circulatorio. Estas enfermedades cardiovasculares o por sus siglas ECV son un conjunto de padecimientos

a nivel del corazón y de los vasos sanguíneos, cuyo riesgo de sufrir una de ellas en el año 2020 se estima que acreciente en un 15 a 20 %, así mismo, se predice que en el año 2030 alrededor de 23, 6 millones de personas pierdan la vida debido a esta enfermedad. Por esta razón es la causa número uno de muertes a nivel mundial (Sánchez-Arias, Bobadilla-Serrano, Dimas-Altamirano, Gómez-Ortega, & González-González, 2016). Esta cifra es muy elevada y con el consumo excesivo de alcohol se incrementa.

La autoadministración excesiva de alcohol da lugar a patologías graves, como: la miocardiopatía alcohólica, hipertensión arterial, arritmias, accidentes cerebrovasculares. De igual forma, el exceso también afecta al ritmo cardiaco y a una posible taquicardia rítmica. Sin embargo, la ingesta de alcohol en cantidades moderadas no altera este ritmo en la mayoría de personas (Estruch, 2002). El desmán de alcohol genera insuficiencia cardiaca y en algunos casos obstrucciones de precaución en la circulación.

Efectos en el sistema nervioso

Es de conocimiento público que el consumo de alcohol actúa sobre el sistema nervioso central. Algunos de los efectos guardan relación con el aparecimiento de alteraciones de las funciones cognitivas; afecta a la capacidad de juicio, genera problemas de memoria, interfiere en el proceso de aprendizaje. Colectivamente, mantienen relación con el comportamiento puesto que comprime inhibiciones en situaciones sexuales y de agresividad (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019). Su ingesta aguda produce vulnerabilidad al consumidor, pues sus capacidades cognitivas y comportamentales se ven afectas, lo que explica el aparecimiento de accidentes y lesiones producto de ello.

La ingesta aguda de alcohol genera efectos sobre el sistema nervioso central a corto y largo plazo. En medida de que la cifra de alcoholemia incrementa, el individuo empieza a experimentar la fase de hiperexcitabilidad del córtex, posteriormente da lugar a un síndrome confusional y cerebeloso con tendencia al estado de coma en un nivel medio (Estruch, 2002). En resumen, la ingesta aguda ocasiona la pérdida de la conciencia que incrementa a medida del nivel de alcohol ingerido.

Efectos en la sexualidad

Investigaciones experimentales demuestran que el consumo de alcohol, siempre y cuando sea en dosis pequeñas, tanto en hombres y mujeres, funciona como un potenciador sexual ante los estímulos de excitación. Mientras que el consumo crónico de alcohol está relacionado con el aparecimiento de disfunciones sexuales en el hombre; ocasiona disfunción eréctil, retraso de la eyaculación, aumento del periodo de latencia, y en la mujer, aparecimiento de anorgasmia y dispareunia (Montejo, 2003). En definitiva, el exceso del consumo impide el disfrute pleno de las relaciones sexuales, mientras que en dosis bajas incrementa la exaltación sexual.

La dependencia al alcohol genera problemas de desempeño sexual con el tiempo. La disfunción sexual en el hombre con síndrome o evidente dependencia al alcohol genera contrariedades del disfrute normal y pleno en la sexualidad por disfunción eréctil, disminución y dificultad para encontrar el organismo placentero y eyaculación precoz. Todas estas dificultades incrementan con el uso prolongado y crónico de alcohol a través de los años que, al mismo tiempo, son potenciados por otros factores como la edad avanzada del consumidor, problemas de violencia conyugal e ira (Prabhakaran, Nisha, & Varghese, 2018). En conclusión, perturba al rendimiento normal del desempeño sexual, pero en dosis pequeñas, y ocasionalmente, funciona como un potenciador del goce y placer sexual.

1.1.7. Factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol

Un factor de riesgo es una situación personal o colectiva que favorece al surgimiento de todo tipo de anomalías que afectan el desarrollo normal de cada individuo. Estos constituyen rasgos o características personales que influyen o incrementan la probabilidad de desarrollar o padecer alguna enfermedad y/o lesión (OMS, 2021). Entonces, los factores de riesgo representan causas negativas que potencializan dichas adversidades.

La iniciación en el consumo de alcohol surge en la adolescencia temprana en algunos casos. Esta etapa de transición está compuesta por una serie de crisis, en la cual, muchos adolescentes manifiestan dificultades en el manejo de una gran gama de cambios físicos y

psicológicos propios de la edad. Igualmente, los adolescentes manifiestan varias conductas de riesgo como el consumo de todo tipo de drogas. Según Barra, Cerna, Kramm y Véliz (2006) la inexperiencia evidente, el sentimiento de invulnerabilidad, el interés y curiosidad de experimentar nuevos comportamientos son algunos factores de riego de inicio hacia la ingesta de alcohol (citado en Ahumada-Cortez, Gámez-Medina, & Valdez-Montero, 2017, p. 14). Claramente, estos factores pertenecen a este periodo en el desarrollo individual, por consiguiente, estos influenciarán en la inmersión a este mundo de consumo.

Existe otra serie de factores de riesgo al momento para determinan el inicio de consumo de alcohol en un individuo. Según Clayton, un factor de riesgo es una característica, condición o situación individual y contextual que acrecienta, en este caso, el consumo de alcohol u otras drogas (citado en Ahumada-Cortez, Gámez-Medina, & Valdez-Montero, 2017, p. 15). Así pues, en la Tabla 2, a continuación, se muestran los principales.

Tabla 2

Factores de riesgo asociados al inicio de consumo

Componentes que Coadyuvan al Consumo de Alcohol y Otras Drogas	
Tipo	**Específicos**
Factores Familiares	[1] La inmersión en una familia disfuncional, el maltrato y violencia intrafamiliar de todo tipo, problemas familiares relacionados con el consumo de estupefacientes, familiares con presencia de trastornos mentales, déficit o exceso de disciplina en la crianza y pobres lazos afectivos.
Psicológicos y Genéticos	[2] Actitudes favorables y antecedentes de conductas antisociales en familiares, búsqueda de nuevas sensaciones, presencia de niveles altos de depresión, rebeldía, aspectos como la baja autoestima, pobres o nulas habilidades sociales, creencias morales, percepción del consumo en amigos y pares, sus creencias y expectativas respecto al consumo de alcohol.
Escolares	[1] relaciones desequilibradas y fomentación para competir, pasividad y dependencia, relaciones de poder, desatención de las necesidades y capacidades individuales de los estudiantes, promover la manipulación, pobre accesibilidad a tratar temas sociales, falta de cordialidad y asertividad con la autoridad o entre profesores-estudiantes.
Factores Ambientales, Sociales y Comunitarios	[2] Las leyes y normas sociales existentes que favorecen al consumo, el acceso con facilidad a la compra de alcohol u otras drogas y una mala organización comunitaria, son factores de riesgo dentro de la comunidad.

Fuentes: [1]Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2004); [2]López y Rodríguez-Arias (2010).

El factor ambiental no es el único a tomar en cuenta la incidencia en el consumo de alcohol. De modo que, según Moreta-Herrera, Mayorga-Lascano, León-Tamayo y Naranjo-Reyes (2020), este acontecimiento es la consecuencia de una gama de otros factores de riesgo que guardan relación con esferas de tipo psicológico, biológico, aspectos de familia y factores socioeconómicos. Evidentemente, todos estos factores desencadenarán, por diversas circunstancias, en la iniciación al consumo de alcohol.

1.1.8. Tipos de consumidores de alcohol

Los tipos de consumidores de alcohol, se determinan por criterios, como: la incapacidad de una persona para decidir no beber alcohol y por la ineptitud en la decisión para establecerse un límite de cuánto se va a beber. Por lo tanto, existe una línea que separa la normalidad en el consumo del exceso y de una enfermedad como el alcoholismo. Por ende, conforme a Bolet y Socorrás (2003), la clasificación del paciente alcohólico es representada en la siguiente Tabla 3.

Tabla 3

Diversos consumidores de alcohol

Características que Distinguen un Consumidor de Otro	
Denominación	**Diferencias**
Abstinente total	No bebe alcohol nunca.
Bebedor excepcional	Consumo en situacionales poco frecuentes con una limitación de entre 1 a 2 tragos durante un periodo menor de 5 veces por año.
Bebedor social	Ingesta de alcohol con más frecuencia sin transgredir las normas sociales, mantiene control sobre la sustancia.
Bebedor moderado	Ingesta de hasta 3 veces por semana en cantidades menores de un cuarto de una botella de ron, una de vino o cinco botellas de cerveza de poca graduación. Los estados de embriaguez son menores de 12 por año.
Bebedor abusivo, sin dependencia	Sobrepasa las 3 veces de consumo por semana ingiriere un 20% más de calorías de su dieta normal por el alcohol. Es catalogado ya como un bebedor problema.
Dependiente alcohólico sin complicaciones,	Presenta dependencia física al alcohol donde su manifestación clínica, se encuentra dada por periodos de abstinencia con la presencia de síntomas, por ejemplo: temblores marcados, nerviosidad, insomnio, cefaleas, sudoración, etc. Además, presentan diarreas, subsaltos de los músculos y cuadros de delirios subagudos. En este tipo de consumidor es visible la presencia de varios síntomas psicóticos y de abstinencia.
Dependiente alcohólico complicado	Exterioriza complicaciones de tipo psiquiátrico, algunos de estos son: delirium tremens, alucinosis alcohólica, síndrome de *Korsakov*, polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis. Se refleja la presencia de síntomas psicóticos de más gravedad, problemas de memoria, y enfermedades estomacales.
Dependiente alcohólico complicado de fase final	El desgaste y/o deterioro físico y psicológico es evidente. Su comportamiento social se ve afectado, se observa cuadros graves de desnutrición y en peor de los casos cáncer del subsistema digestivo. Los efectos del consumo de alcohol se reflejan en la apariencia física del consumidor al mostrar un aspecto demacrado y descuidado por completo.

Fuente: Bolet y Socorrás (2003).

Esta clasificación permite realizar una diferencia entre los consumidores de alcohol de acuerdo a su frecuencia y patrón de consumo. A mayor dependencia hacia la sustancia, mayor presencia de sintomatología y alteraciones en las esferas personales y sociales.

Los consumidores, se diferencian por la cantidad de días destinados a beber y por el número de veces de estados de embriaguez cada cierto tiempo. El abstinente total nunca incurre al consumo de alcohol. El bebedor excepcional ingiere cantidades moderadas sin tendencia al exceso en situaciones especiales y no más de 5 veces por año. El bebedor moderado bebe por debajo de 100 ml en cantidad dentro de un periodo que no sobrepasa las 3 ocasiones por semana, o en su defecto, menos de 12 estados de intoxicación en un año cuya práctica desencadena en un consumo nocivo. El cuarto tipo de bebedor, se denomina el excesivo, este

sobrepasa los 12 estados de embriaguez por año (Del Sol Padrón, Álvarez, & Rivero, 2005). Como se aprecia, los episodios de intoxicación varían en estos sujetos.

Finalmente, el consumidor patológico de alcohol mantiene un patrón y frecuencia de ingesta de la sustancia de forma desproporcionada. Dicho consumo, con el tiempo, genera una serie de signos y síntomas que denotan su dependencia a la sustancia si el consumo cesa (Del Sol Padrón et al., 2005). De este modo, en la Tabla 4, se presentan los efectos que aparecen tras la falta de esta sustancia.

Tabla 4

Sintomatología que refleja dependencia al alcohol durante la abstinencia

Físicos
• Temblores severos • Nerviosidad • Insomnio • Cefalea • Sudoración • Necesidad de continuar tomando • Otros signos de deterioro • En ocasiones diarreas, subsaltos musculares o cuadros de delirium subagudo
Psíquicos
• Delirium tremens • Alucinosis alcohólica • Delirios celopáticos alcohólicos. • Psicosis de Korsakov y otros signos de deterioros psíquicos

Nota: Del Sol Padrón, Álvarez y Rivero (2010).

Como se refleja el cuadro de síntomas fisiológicos y psíquicos son similares a otros tipos de perturbaciones psicológicas y psiquiátricas como, por ejemplo: los trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos. Sin embargo, es importante considerar que dicha sintomatología es producto de la ausencia y falta de alcohol.

1.1.9. Consumo de riesgo, perjudicial y por dependencia

Se habla de patrones de consumo al acto de ingerir alcohol que depende de la cantidad y de la frecuencia con que esta bebida se consume que varía en cada individuo. Estos patrones, según la OMS, se establecen a partir de la identificación de la cantidad de alcohol que el sujeto bebe en valoración al número de unidades de bebida estándar que consume; cantidad de gramos de alcohol de entre 8 y 9 que no guardan relación con el tipo de bebida (citado en

Moreta-Herrera et al., 2020, p. 32). En otras palabras, los patrones se estructuran a partir de la cantidad de gramos de alcohol y la frecuencia en que estos se consumen.

Se entiende como consumo de riesgo a una práctica en el nivel o patrón de consumo que conduce a una serie de riesgos perjudiciales en la salud si el hábito de consumo es persistente. De acuerdo a la OMS, se define el consumo de riesgo como la administración del alcohol al cuerpo de forma diaria y regular de 20 a 40g en las mujeres, y de 40 a 60g en los hombres (Anderson et al., 2008). Para ser considerado un consumo riesgoso este será cotidiano y/o constante.

Son varios los efectos negativos del consumo perjudicial. Por ello, tal como menciona Anderson et al. (2008), "el consumo perjudicial se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física (por ej., cirrosis hepática) como en su salud mental (por ej., depresión como resultante del consumo)" (p. 10). Entonces, significa que esta modalidad abarca consecuencias físicas y psicológicas de importancia.

La dependencia denotada esfuerzos por conseguir la sustancia e incapacidad para abandonarla. Conforme a los manuales diagnósticos como el CIE y DSM la dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos, por los cuales, el consumo de alcohol en el individuo se vuelve prioritario, en contraste con sus responsabilidades, actividades y obligaciones que alguna vez tuvieron mayor importancia para el sujeto. Existe un deseo poderoso y difícil de controlar por consumir, lo cual, es la principal característica de la dependencia (Anderson et al., 2008). Esta dificultad traspasa la esfera individual, genera un sinnúmero de inconvenientes familiares, laborales y de salud.

No es lo mismo dependencia y abuso de alcohol. En el abuso persiste el patrón de consumo a pesar del aparecimiento de consecuencias graves y adversas de importancia que surgen a raíz de esta práctica, por ende, algunos de los efectos son: el descuido laboral y financiero, ausentismo al trabajo y/o estudios, problemas y encuentros con la policía, conductas de riesgo como el conducir en intoxicación (Núñez & Ortiz, 2010). Se entiende así que en el abuso no necesariamente existe dependencia a dicha sustancia, pero sí es evidente la ingesta excesiva en un episodio específico con adversidades.

1.1.10. Niveles clínicos de la ingesta de alcohol

Desde el punto de vista clínico, este no está definido por el patrón al momento de consumir, más bien por aspectos observables o manifestados a nivel clínico de un bebedor a manera de juicio. De este modo, se han establecido diferentes criterios, mostrados en la siguiente Tabla 5, para catalogar tres formas de la ingesta etílica: consumo no problemático, problemático y consumo perjudicial.

Tabla 5

Tipos de consumo de alcohol

Niveles Clínicos	
Consumo no problemático	[1] O también denominado consumo sensato. Esta modalidad comprende el cumplimiento de aspectos como la mayoría de edad, no encontrarse en periodo de gestación o de lactancia en las mujeres, nutrición adecuada, falta o ausencia de estados etílicos y/o embriaguez, falta de dependencia a la sustancia y ausencia de patologías en torno a esta. En otras palabras, el consumo es controlado por parte del sujeto, en situaciones ocasionales donde no exista riesgo.
Consumo problemático	[2] De tipo compulsivo y de riesgo, aquí el individuo presenta problemas o padece de consecuencias debido a la ingesta tanto de alcohol como de otras drogas. Esto, evidentemente, conlleva a que la salud se vea deteriorada con presencia de comportamientos de agresividad en la interacción social, problemas familiares y laborales. Del mismo modo, refleja conductas de alto riesgo, como lo son: el manejar en estados de depresión, euforia y principalmente de embriaguez.
Consumo perjudicial	[2] Posiblemente el más dañino. Aquí el bebedor refleja problemas físicos y psicológicos de importancia, puesto que su consumo abarca riesgos y dependencia a la sustancia que, con el tiempo, surge sintomatología significativa en el consumidor. Además, el desarrollo de posibles trastornos asociados a su consumo: síndrome de dependencia, intoxicación y abstinencia al alcohol.

Fuentes: [1] Bassante y Moreta (2020); [2] Naranjo y Moreta (2018).

Los tipos de consumo desde un nivel clínico están determinados por el aparecimiento, gravedad y problemas que genera el consumo de alcohol en el ámbito individual, laboral, social del consumidor.

1.1.11. Trastornos y criterios diagnósticos por consumo de alcohol

Desde el punto de vista diagnóstico el trastorno por consumo del alcohol y su gravedad, al igual que en otros trastornos presentados allí, se establecen de acuerdo al número de criterios

diagnósticos presentes. Este trastorno es un conjunto de sintomatología comportamental y física relacionada con la abstinencia, tolerancia y fuerte deseo de consumo por la sustancia (Asociación Americana de Psicología APA, 2014). De este modo, el manual diferencia y/o clasifica los trastornos que guardan relación con el alcohol: trastorno por consumo de alcohol, y trastornos inducidos por el consumo de alcohol: intoxicación y abstinencia.

Trastorno por consumo de alcohol

A continuación, en la Tabla 6, se detallan los criterios para el diagnóstico de este trastorno.

Tabla 6

Trastorno por consumo de alcohol

Criterios diagnósticos del DSM –V
Patrón problemático de consumo que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, y se manifiesta al menos por dos o de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses: 1. Consume cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto 2. Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo. 3. invierte mucho tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol 5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales 6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes por los efectos de alcohol. 7. Abandono o reducción de importantes actividades sociales, profesionales o del ocio. 8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico 9. Persistencia del consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales físicas o psicológicas. 10. Tolerancia 11. Abstinencia

Fuente: Asociación Americana de Psicología (2014) pp. 490-491.

En lo que respecta a la gravedad este trastorno posee tres tipos modalidades: leve, la presencia de 2 a 3 síntomas; moderado, presencia de 4 a 5 síntomas; grave, presencia de más de 6 de los síntomas expuestos (APA, 2014). Es decir, a mayor presencia de síntomas el diagnóstico es más grave en denominación.

Abstinencia de Alcohol

En la Tabla 7, a continuación, se detallan los criterios para determinar la presencia de abstinencia inducida por alcohol

Tabla 7

Abstinencia alcohólica

Criterios diagnósticos del DSM – V
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 el consumo después de cumplirse el criterio A: 1.Hiperactividad autonómica (sudoración o más de 100 pulsaciones) 2.Temblor distal de manos 3. Insomnio 4. Náuseas o vómitos 5. Alucinaciones visuales, táctiles, o auditivas transitorias o ilusiones. 6. Agitación psicomotora 7. Ansiedad 8. Convulsiones
C. Los signos o síntomas del criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad socio- laboral.
D. Los signos o síntomas no deben atribuirse a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental o de consumo de sustancias.

Fuente: Asociación Americana de Psicología (2014) pp. 499-500.

Se caracteriza por la presencia de sintomatología poderosa. La abstinencia, se manifiesta una vez se da el cese o reducción del alcohol en el organismo que presenta después de algunas horas y días en el individuo (APA, 2014). La abstinencia surge como producto de la interrupción del consumo.

Intoxicación por Alcohol

En la presente Tabla 8, se exhiben los siguientes criterios de intoxicación por alcohol.

Tabla 8

Intoxicación por alcohol

Criterios Diagnósticos del DSM -V
A. Ingestión reciente de alcohol.
B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos que aparecen durante o poco después de la ingesta de alcohol.
C. Al menos uno de los siguientes signos, que apareen durante o poco después del consumo: Habla disártrica Descoordinación Marcha inestable Nistagmos Alteración de la atención o de la memoria Estupor o coma
D. Los signos o síntomas no se deben atribuir a otra afección médica y no se puede explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Fuente: Asociación Americana de Psicología (2014) p. 497.

La intoxicación, se da una vez el alcohol se ha ingerido al organismo, genera la presencia de comportamientos problemáticos significativos desde el punto de vista clínico como comportamiento sexual inapropiado, agresividad, labilidad emocional, afectación en el juicio, disminución de la actividad laboral y social, y en ocasiones suele haber la presencia de amnesia durante el periodo de intoxicación (APA, 2014). La intoxicación, en otras palabras, es llegar al estado de embriagues, el cual, se manifiesta con comportamientos desubicados en el contexto.

1.2. Tabaco

1.2.1. Definición de tabaco y consumo de tabaco

El tabaco constituye una de las drogas más consumidas hoy en día. Se calcula que cerca de la mitad de los adultos son consumidores habituales de esta droga que, al igual que el alcohol, representa un problema sanitario. Solo en Norteamérica cerca de 300 mil ciudadanos mueren anualmente debido al tabaco de manera prematura. La razón es que el tabaco contiene cientos de sustancias tóxicas de variación, algunas inhaladas en forma de gases, otras en forma de suspensión y partículas en el humo que desprenden los fumadores (Polaino-Lorente & De las Heras, 2009). En este contexto, las cifras de muertes por consumo de tabaco son alarmantes, sus componentes tóxicos no solo se encuentran en el humo directo, sino también en forma de gases.

Esta sustancia genera la muerte de millones de personas de forma directa o indirecta por su característica adictiva. Según Roales-Nieto, López, y Moreno (2001), al respecto de esta temática afirman que el "fumar es el comportamiento responsable de mayor número de muertes prematuras evitables en el mundo desarrollado, posiblemente por ser el comportamiento adictivo más extendido que conocemos" (p. 79). De este modo, se entiende que el fumar causa muertes tempranas, sin embargo, comprende un hábito y situación evitable a pesar de ser una sustancia altamente adictiva.

El consumo de tabaco que, como producto, y al ser legal, mata entre un tercio y la mitad de quienes lo consumen. El fumar comprende un factor de alto riesgo para las 6 de las 8 causas

que genera más muertes en el mundo anualmente, además, es una causalidad para 4 enfermedades no transmitibles más prevalentes del mundo. Origina año tras año alrededor de dos tercios de las muertes en el mundo con aproximadamente 6 millones de personas, de las cuales, 1 millón se encuentran en América (OPS, 2016). Indudablemente, es una de las raíces que más muertes desemboca cada año, sobrepasa el millón de personas como mínimo.

El tabaquismo representa una enfermedad letal pues causa 1 de cada 10 muertes en adultos. Asimismo, sobrepasa en número de muertes provocadas por guerras, catástrofes naturales, accidentes de tránsito, terrorismo, sida y otro tipo de drogas al ocasionar más de 625 mil muertes anuales (Tanja & Quintero, 2016). En conclusión, es una drogodependencia que se manifiesta, al igual que en otro tipo de drogas, por la necesidad y compulsión del uso continuo de la sustancia, y que desarrolla tolerancia a la misma y abstinencia en caso de su ausencia en el consumidor.

1.2.2. Clasificación de la presentación del tabaco

El tabaco es una sustancia, que se encuentra de muchas formas, diversos usos y nombres, sin embargo, todas estas modalidades tienen el mismo propósito de generar el consumo de dosis de nicotina. De esta manera, se encontrarán productos tanto de uso generalizado como de producción industrial, los cuales, se dividen en: tabaco para fumar, *bidis*, cigarro, cigarrillo y pipas de agua (MSCBS, 2006). La forma en que se fabrican, la cantidad y mezcla con otras sustancias, son algunas características que diferencian la presentación del tabaco de consumo.

- **Cigarrillo:** es uno de los productos más mortíferos en la actualidad, mata aproximadamente a la mitad de sus usuarios. Para llegar a lo que hoy se considera como cigarrillo, el producto tuvo que evolucionar, pues en un inicio el tabaco se fumaba al enrollarlo en un pequeño tubo de papel, con el tiempo, se industrializa al agregar variaciones y mejoras como aquellos tipos de cigarrillos light de suave o bajo contenido (MSCBS, 2006).

- **Cigarrillos de *liar* o *ryo*:** presentación casi similar a la industrial. No obstante, la diferencia radica en que cada uno de los consumidores enrolla y preparar su cigarrillo de una manera más artesanal al ahorrar dinero y costos de los cigarrillos industriales.

Este tipo de modalidad, se vende al público como un producto más "saludable" que el cigarrillo convencional, no posee producción industrial (MSCBS, 2006).

- ***Bidis* y *kreteks*:** son cigarrillos de tamaño pequeño y elaborados a mano. Su principal característica es que, además del tabaco normal, se utilizan especias y hierbas que son una forma de consumir tabaco bastante usada en regiones del Sudeste Asiático y Oriente Medio. En lo que respecta al *bidis*, el tabaco conjuntamente con las especias, se los envuelve en una hoja de *tendu* o *temburni*, que poseen aromas exóticos de ingredientes de procedencia natural que son igual de dañinos y perjudiciales como los cigarrillos convencionales. Por su parte, el *krekets* son conocidos como los cigarrillos de clavo, esta especia aromática se mezcla conjuntamente con el tabaco en proporciones casi similares (MSCBS, 2006).

- **Cigarros:** se confunden con los cigarrillos normales de industria, la diferencia es que estos están elaborados a mano y envueltos con papel hecho de tabaco más no con papel tradicional. Debido a que son más naturales contienen más cantidad de tabaco que los cigarrillos. Aparentemente, y al ser natural, los efectos son más graves por desarrollar cáncer de todo tipo de una manera más acelerada (MSCBS, 2006).

- **Pipas**: el consumo de tabaco en pipa posee relativamente cantidades mayores de tabaco para el fumador, si bien existe más producto para fumar, el humo que genera es mucho menor al cigarrillo normal. Sin embargo, acarrea riesgos iguales o peores, quienes consumen el tabaco de esta forma son más susceptibles a desarrollar enfermedades, como: bronconeumopatía crónica, cáncer cerebral, de cuello, laringe, esófago y pulmón (MSCBS, 2006).

- **Pipas de agua:** esta forma de consumo, se ha utilizado por siglos debido a la creencia errónea de que es la manera más segura de consumir tabaco. Las pipas, se encontrarán en una gran variedad de diseños (MSCBS, 2006).

1.2.3. Formas de consumo o administración de tabaco al organismo

Existen cuatro formas de consumir tabaco sin necesidad de combustión, es decir, el producto no se quema para su inhalación y consumo. Las mismas, que se visualizan en la Figura 2 a continuación.

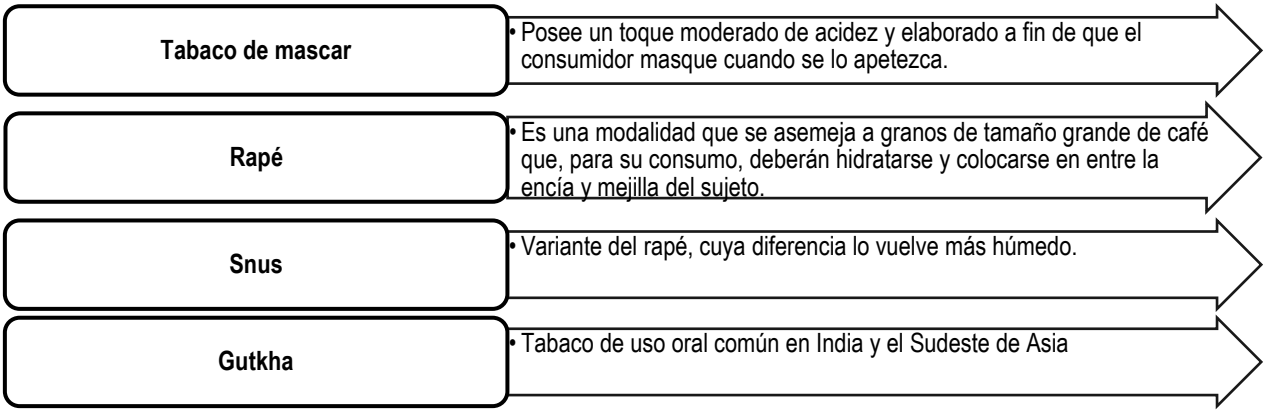


Figura 2: Formas no tradicionales de consumo de tabaco

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2006).

Existen varias modalidades de consumo de tabaco, algunas de ellas utilizadas ancestralmente y sin la necesidad de producir humo y/o combustión. Los efectos generados varían puesto que la cantidad de tabaco consumido varía en cada método, y de igual forma, sus componentes no son los mismos, pues en estos tipos no existe una elevada concentración de otros tóxicos convencionales del cigarrillo tradicional.

1.2.4. Farmacocinética del tabaco

Absorción

La nicotina es una de las sustancias causantes de la adicción por el hábito de fumar. Esta ingresa al organismo tras la combustión y encendida del cigarrillo en donde la absorción, se da de forma lenta a través de las membranas biológicas ubicadas en la boca. Pese a ello, la absorción se vuelve rápida al momento de que el humo consumido mantiene contacto con las vías respiratorias y alvéolos pulmonares sin importa el nivel de acides o pH (Molero & Muñoz, 2005). La filtración, se da principalmente a través el sistema respiratorio donde los pulmones son la principal vía de ingreso de la sustancia a la sangre y al cerebro.

Los pulmones son el camino primordial de filtración de nicotina. Con la inhalación entre un 70 y 90 %, este compuesto es absorbido en estado puro que tiene una duración de aproximadamente 2 horas antes de atravesar el proceso de metabolización (Tanja &

Quintero, 2016). Este porcentaje afirma que el órgano más afectado por el tabaco es el pulmón y da a entender por qué su cáncer atribuido es el de mayor presencia y aparecimiento como derivación del tabaquismo.

Posterior el acto de fumar la nicotina mantiene contacto con el cerebro. Dicho compuesto tarda aproximadamente 10 segundos en llegar a esta parte del encéfalo y al torrente sanguíneo (NIDA, 2007). Antes de su arribo, el humo entra en los bronquios, ulteriormente a los alveolos pulmonares y, finalmente, son asimilados por la sangre en donde los tóxicos tienen contacto directo con otros órganos aledaños al pulmón (García, 2015). De este modo, el humo del tabaco afecta a varios órganos internos del consumidor, además, los que mantienen contacto directo con el humo producto de la irrigación del contenido tóxico.

Metabolismo

El cambio metabólico de la nicotina, se lleva a cabo en el hígado, riñón y principalmente en los pulmones. Así, se originan los metabolitos del tabaco, como: la cotidina y la nicotina-N-óxido, que se encuentra en la gran mayoría de mamíferos y lleva a cabo tras un proceso de oxidación. A esto, se agrega de que el 9% de la nicotina no sufre cambios metabólicos, por lo que su eliminación es pura a través de las vías consideradas (Pérez, 1995). Por consiguiente, se entiende que el hígado no solo metaboliza líquidos, sino que cumple esta función con diferentes materias.

Eliminación

La nicotina, al igual que el alcohol etílico, se elimina del organismo a través de la orina. El riñón elimina la nicotina y sus metabolitos pues considera el pH presente en la orina, por lo tanto, a mayor grado de acidez presente en el pH de la orina, la eliminación se beneficia. Además, en mujeres embarazadas, la nicotina se expulsa por medio de la leche materna (Pérez, 1995). Los tóxicos presentes en el tabaco son eliminados, al igual que las bebidas alcohólicas, a través de la orina.

1.2.5. Causas asociadas al consumo de tabaco en universitarios

El primer año de vida universitaria consiste en gran parte en el establecimiento de la identidad y la búsqueda de nuevas relaciones interpersonales. Estudios realizados en Perú encontraron que el hábito de fumar y su continuidad están asociados fuertemente con la presencia de padres, hermanos y amigos fumadores. Algunos sujetos que fuman poseen simbolismos y construcciones cognitivas relacionadas a esta práctica, entre ellas se atribuyen a que el consumo logra el funcionamiento de metas interrelacionales y la opinión de que el dejar de fumar es un proceso sencillo (Sánchez-Hernández & Pillon, 2011). Estas simbolizaciones los hace susceptibles al consumo, pues resultan ser desadaptativas frente a lo que realmente implica el fumar y sus secuelas.

La aceptación social, la influencia de los amigos y la posible vergüenza hacen que los universitarios sean incapaces de rechazar la invitación para fumar, especialmente en los varones, los cuales, el mostrar masculinidad es un peso importante. El ámbito académico evidentemente genera estrés, por lo tanto, en el proceso de estudio en la universidad, el fumar representa un acto de relajación momentánea para los estudiantes (Sánchez-Hernández & Pillon, 2011). Este miedo al rechazo y a la característica placentera que los universitarios otorgan a la práctica de fumar, únicamente intensifica el consumo.

Algunos universitarios llegan a esta etapa de desarrollo con la prevalencia de consumo de tabaco. La consolidación de esto, se da con factores como, por ejemplo: el tabaquismo de los padres y la influencia de compañeros aumenta considerablemente la probabilidad de que la persona adquiera el hábito. De igual forma, la aceptación, permisividad, y la valorización social respecto a que la nicotina (tabaco) es una droga legal, conjuntamente con la infravaloración negativa de sus efectos y la minimización de la naturaleza adictiva. Por otro lado, la exposición de ambientes sociofamiliares relativamente adecuados para fumar intensifica dicha posibilidad (Solano & Jiménez, 2002). Claramente, los factores que más influyen son externos a la propia persona.

Los universitarios y adultos que fuman actualmente comienzan en esta práctica durante la adolescencia. La prevalencia arroja datos interesantes, la Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en jóvenes indica que el 14 % de ellos en el mundo que poseen entre 13 y 15 años, se volvieron fumadores habituales, mientras que el 25 % del mismo grupo probó por

primera vez el tabaco antes de cumplir 10 años (Scopetta, 2010). Los datos muestran que los jóvenes fumadores experimentan su primer consumo de tabaco en la adolescencia incluso en edades que aún forman parte de la infancia.

El fumar como hábito, se prolonga por el resto de la vida. En el contexto latinoamericano, la prevalencia del consumo es alta con un porcentaje de 35 y 24 % en aquellos que han consumido tabaco a diario con diferencias entre universitarios, familiar fumador y persona con la que convive (Zabert & Verra, 2005). Por otra parte, en un contexto más cercano al ecuatoriano, se encontró que en Colombia el 62 % de fumadores actuales consumieron tabaco por primera vez entre los 13 y 15 años (Wiesner & Peñaranda, 2001). Así pues, se deduce que quienes experimentan el consumo de tabaco desde una edad temprana muestran una prevalencia a largo plazo en su vida, o en su defecto, en gran parte de ella.

El tabaco representa un estimulante de uso con el fin de buscar la relajación a pesar del conocimiento sobre sus efectos nocivos en la salud y al ser un producto psicoactivo de alta adicción que influye en procesos cerebrales y del sistema nervioso. El inicio del consumo, se da durante la adolescencia en donde más de la mitad de los adolescentes adquieren el hábito de fumar en su juventud que llegan a la adultez con esto (Sánchez et al., 2017). La aparente relajación, la característica altamente adictiva y el consumo en edad temprana, intensifican esta práctica en instancias posteriores del desarrollo.

El fumar, en algunos casos, se acompaña del uso de otras drogas de acuerdo al contexto. Es por ello que, de acuerdo a Bautista, Gómez, Aguilar de Mendoza, Herrador y Alfaro (2016), "los jóvenes universitarios que consumen tabaco, presentan la posibilidad de experimentar con otras drogas a partir de los efectos del consumo de nicotina" (p. 14). La nicotina es una sustancia altamente adictiva similar a otras como los opiáceos o a la cocaína cuyo consumo, en ocasiones, se mezcla con alcohol, tabaco y otras drogas.

El fumar, se convierte en una conducta fácil de identificar en los universitarios. En este contexto para Martínez, Zuzulich, Contreras, Cantillano, Gyslling, & Pedrals (2010) el consumo es "para los jóvenes, el uso de sustancias como el tabaco, el alcohol y la marihuana es una práctica conocida dentro de las actividades no académicas en los campus y en los contextos que los circundan, como fiestas, bares, etcétera" (p.25). Los autores hablan de una

práctica o actividad que es común para este tipo de población independiente de las responsabilidades académicas, por ende, el consumo de tabaco y otras drogas existe y es normal en el contexto universitario.

1.2.6. Efectos fisiológicos y adversidades en la salud por consumo de tabaco

Actualmente es de conocimiento mundial que el tabaco trae consigo grandes consecuencias para la salud. Su consumo prolongado consigue generar problemas en torno a la piel, el sistema nervioso y en la fertilidad. Del mismo modo, genera las tres principales enfermedades por tabaquismo, las cuales, son: cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedad pulmonar obstructiva (Zinser, 2014). Evidentemente, el tabaco es una sustancia altamente peligrosa cuyas consecuencias son graves al producir enfermedades irreversibles.

El consumo prevalente de tabaco provoca deficiencias a nivel del corazón y sus vasos sanguíneos. Referente a las enfermedades cardiovasculares Zinser (2014) menciona que "el tabaco es la causa del 60% de los aneurismas de la aorta, y en menores de 65 años responsable de más de la cuarta parte de los infartos al corazón" (p. 45). Es así como el tabaco es una práctica que conlleva a sufrir una detención del ritmo cardiaco.

La probabilidad de desarrollar cáncer de varios tipos por el consumo de tabaco es alta. Referente a esto Zinser (2014) postula que los tipos de cáncer más frecuentes provocados por el consumo de tabaco son los de pulmón y de vías aero digestivas superiores. No obstante, el cáncer no es producido únicamente por el efecto directo del humo del tabaco, sino que varios órganos se verán afectados debido a la presencia de los tóxicos inmersos en la circulación sanguínea. Por lo tanto, en la Tabla 9, se presentan los distintos tipos de cáncer que surgen a raíz del consumo de tabaco desde un punto de vista adictivo.

Tabla 9

Tipos de cáncer por tabaquismo

Órganos Susceptibles a Enfermedades por Consumo de Tabaco
• Pulmón
• Cavidad oral, labio, garganta
• Esófago, páncreas, estómago, hígado, colon
• Vejiga, riñón, cervicouterino
• Leucemias, linfomas
• Cerebro

Fuente: Zinser (2014).

El tabaco es un potenciador de otras enfermedades. De acuerdo a Rizo-Baeza et al. (2019), "el tabaquismo puede empeorar el desarrollo de varias enfermedades crónicas, además de predisponer al desarrollo de cáncer, enfermedades pulmonares y cardiovasculares "(p. 358). De este modo, el tabaquismo es una enfermedad que ocasiona la aparición de otros padecimientos que no tienen cura como el cáncer.

Efectos del consumo activo

El consumo activo agrupa una serie de enfermedades graves como el cáncer, problemas cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y adversidades en la reproducción. Posiblemente, el tabaco es la causa más importante para el aparecimiento de estas anomalías pues está compuesto por una serie tóxicos que van acompañados al esfuerzo deficiente por parte de la salud pública para llevar a cabo la prevención de enfermedades por su consumo. La falta de conocimiento sobre las consecuencias y riesgos produce que muchas personas desarrollen cáncer y enfermedades respiratorias. Algunos estudios afirman que el fumador infravalora el riesgo de adquirir cáncer u otra enfermedad, que se obtiene debido a esta práctica (Ballén, Jagua, Álvarez, & Rincón, 2006). Esta minusvalía por los riesgos es precisamente un determinante para que el consumo no sea controlado de forma individual.

Son miles de sustancias por pitada que ingresan al organismo tras la combustión de tabaco. El fumador activo absorbe alrededor de 4000 partículas que, posterior a la incineración del tabaco, se concierten en 6000. De toda esta serie de tóxicos 65 de ellos verosímilmente son sustancias cancerígenas mientras que el 11 de ellas son ya comprobadas (Ballén et al., 2006). Esta gran cantidad de sustancias son desconocidas en la mayoría de casos por los consumidores de tabaco, pese a ello el consumo suele prevalecer.

Cáncer

El fumador activo al exponerse de manera directa al humo desprendido del tabaco es susceptible a la adquisición de un amplio repertorio de tipos de cáncer, como: pulmón, hígado, pelvis, cuello uterino, tracto digestivo; en donde se encuentran el de boca, laringe, faringe, esófago y páncreas. El aumento de la presencia de cáncer al pulmón va ligado con el incremento de fumadores cada año en donde los riegos a desarrollar esta enfermedad están determinados por la cantidad proporcional de consumo de cigarrillos al día y por la edad de inicio, es decir, a una edad más temprana de consumo, mayor riesgo de enfermedad pulmonar (Ballén et al., 2006). Sistemas como el digestivo y respiratorio son afectados gravemente y en mayor medida si el consumo se da desde edades tempranas.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Se denomina así a un conjunto de trastornos pertenecientes al sistema respiratorio, en donde la principal característica es la reducción del flujo respiratorio volviéndolo lento y de menor capacidad. Llega a darse una inflamación sistémica debido a la alta presencia de agentes tóxicos en los pulmones provenientes del cigarrillo. De igual forma, las personas con esta enfermedad tendrán problemas nutricionales y de peso, alteraciones del metabolismo en cuanto a calorías, donde cerca del 50 % de pacientes diagnosticados reflejan una pérdida de peso (Ballén et al., 2006). Por lo tanto, se entiende que esta enfermedad genera problemas respiratorios y de reducción de peso considerables.

En la reproducción y sexualidad

Durante la etapa prenatal el consumo de tabaco es riesgoso en el desarrollo normal del feto. El consumo de tabaco reduce cerca de 200 gramos del peso del bebé, pero la disminución guarda relación con la cantidad de consumo. Además, influye en los índices de abortos por espontaneidad, mortalidad perinatal y síndrome de muerte súbita en los infantes (Samet, 2002). Esto permite entender la presencia de riesgo de aborto espontáneo.

En la sexualidad tanto hombres como mujeres, se ven afectados. Por su parte, los hombres experimentan disfunción eréctil a partir de los 30 años. En las mujeres surgen inconvenientes

en la lubricación vaginal, así como también, presentan una afectación para llegar al orgasmo con pérdida de la sensación del mapa corporal (Frago & Sáez, 2007). Esto da entender que el consumo de tabaco afecta a la respuesta sexual a mediano y largo plazo.

Efectos del Tabaquismo pasivo

La evidencia de estos efectos o consecuencias vienen de estudios de tipo epidemiológico, donde se ha realizado la valorización a la exposición directa del humo del tabaco que proviene del ambiente. Esta exposición atrae problemas principalmente a niños y a su salud respiratoria, pues provoca un mayor riesgo de infección de las vías respiratorias inferiores, otitis media, sintomatología de tipo crónica en la respiración, asma y una disminución en el crecimiento de la función pulmonar durante la infancia (Samet, 2002). Estas afectaciones, no se limitan a los infantes, puesto que la exposición al humo origina infecciones y problemas respiratorios independientemente de la edad.

El tabaco al quemarse y ser aspirado por el fumador activo libera una mezcla de químicos, mientras que el fumador pasivo, respira el humo colateral producido por el extremo del cigarrillo encendido. En otras palabras, el fumador no activo pese a que no consume tabaco de manera directa, se ve afectado por el humo que se desprende. Por consiguiente, el riesgo de desarrollar cáncer al pulmón en un fumador pasivo, se incrementa en un 20 y 30 %, mientras que el peligro de adquirir una enfermedad cardiovascular es de un 23 % (Mackay & Eriksen, 2003). En definitiva, se refleja que incluso un fumador pasivo presenta problemas cardiovasculares y a nivel pulmonar.

Efectos en los niños

Los niños por su parte sufren riesgos particulares debido a la exposición del tabaco consumido por parte de los adultos. Algunos de ellos son: neumonía, bronquitis, tos, sibilancias, asma dificultosa, enfermedades del oído medio y posiblemente enfermedades cardiovasculares una vez llegados a la adultez (Mackay, & Eriksen, 2003). Igualmente, los síntomas respiratorios incluyen la presencia de morbilidad respiratoria y varias consecuencias en la función pulmonar. Ahora, en los niños el riesgo de desarrollar estas adversidades requiere de varios años de tabaquismo y existe la posibilidad de que el

crecimiento pulmonar, se retarde durante la etapa de vida adolescente (Samet, 2002). Las consecuencias, en ocasiones, se manifiestan en la edad adulta debido a que los infantes son propensos a disminuir su tamaño y capacidad pulmonar a futuro.

1.2.7. Factores de riesgo para el inicio del consumo de tabaco

La edad de inicio en el consumo de tabaco es alrededor de los 12 años, esto da a entender que esta acción es más precoz conforme pasan las generaciones. La principal causa, se da durante la adolescencia, que se incrementa por varios factores, como: si uno o ambos padres fuman, relación problemática con los pares, y la búsqueda de aceptación y agrado por parte de amigos y compañeros (Rizo-Baeza, Noreña-Peña, Vázquez-Treviño, Kuzmar, & Cortés-Castell, 2018). Aspectos ligados como la búsqueda de pertenencia al grupo y una familia donde existe la presencia de fumadores son causas principales para el inicio al acto de fumar.

Los factores que influyen en el consumo de tabaco son principalmente de tipo psicológico, social, demográfico y por las sensaciones que genera. Como principal factor es la disposición constitucional y legal del consumo de esta sustancia acompañado de una muy reducida apreciación de los efectos negativos y de la alta naturalidad adictiva que posee. Del mismo modo, si posterior a la experimentación el sujeto atraviesa sensación de mareo, tiene una mayor predisposición a continuar con el consumo, mientras que, si la experimentación provoca dolor de garganta y nauseas, la probabilidad de mantener el consumo, se reduce (Solano & Jiménez, 2010). El convertirse en fumador guarda relación con las sensaciones que provoca el fumar, evidentemente aquellas que ocasionan malestares reducen la probabilidad de hacerlo.

El sexo y los amigos fumadores son dos de los factores asociados de mayor importancia que determinan el consumo de drogas. Por ende, el sexo masculino posee más probabilidad de consumo de tabaco. Aquellos que poseen amistades fumadoras poseen 6 veces más probabilidades de adquirir este hábito (Ortega-Ceballos, Terrazas-Meraz, Arismendi-Jaime, & Tapia-Domínguez, 2018). El círculo social de consumo activo influye en aquellos que inician a fumar y fomentan la prevalencia de esta práctica.

1.2.8. Tipos de consumidores de tabaco

Los fumadores exhiben diferencias entre ellos. Estas distinciones facilitan su clasificación, pues se ve establecida por la presencia de sintomatología, dependencia a la sustancia, entre otros aspectos. Por ello, Polaino-Lorente y De las Heras (2009) establecen 4 tipos de fumadores, mismos que se exponen en la siguiente Figura 3.

Fumador negativo	Fumador drogodependiente	Fumador hedonista	Fumador habitual y crónico
• Se caracteriza por consumir tabaco en situaciones de alto estrés, crisis, ansiedad y conflictivas. Hace uso del tabaco para mermar sus sentimientos y estados de nerviosismo, ansiedad y temor. El tabaco funciona como un reforzador fuerte ante su malestar, lo aliviana y fomenta la relajación.	• Incómodidad ante la ausencia de cigarrillos, debido a su deseo constante y fuerte por fumar. Fuma un tabaco tras otro y en ocasiones consume dos cigarrillos al mismo tiempo. Genera en él un comportamiento automático y de continuo esfuerzo motor y emocional por conseguir la sustancia.	• Disfruta del fumar luego de haber comido y convierte a esta actividad como placentera.	• Posiblemente el más empedernido en cuanto a consumo. Se caracteriza por un consumo excesivo de más de tres cajetillas de cigarros al día. Indudablemente es un consumo altamente elevado.

Figura 3: Características por tipo de fumador

Fuente: Polaino-Lorente y De las Heras (2009).

Estos fumadores, se diferencian por criterios relacionados a las situaciones en las que el consumo se lleva a cabo, incomodidad o capacidad para controlar el consumo, placer al fumar y por la cantidad de cigarrillos consumidos.

Tipos de consumo como adicción/tabaquismo

Cuando el fumar se convierte en adicción, se denomina tabaquismo a nivel clínico, convirtiéndose en un problema de salud pues origina problemas de salud individuales, en terceros y/o familiares. No obstante, no todos los consumidores son adictos a esta sustancia. Por lo tanto, a juzgar por Espinosa Brito y Espinosa Roca (2005), la clasificación de los tipos de fumadores es la siguiente (ver Tabla 10).

Tabla 10

Tipos de fumadores

Tipo de Consumidores de Tabaco
Fumador regular Su consumo es de preferencia de tabacos o pipa, consume al menos una vez al día. No obstante, es posible que lo que ha dejado de hacer en menos de un año. De acuerdo a la cantidad de cigarrillos consumidos, se clasifican en: 1. Ligero: un máximo de 10 cigarrillos al día. 2. Moderado: un máximo de 11 a 20 cigarrillos al día. 3. Gran fumador: sobrepasa 20 cigarrillos al día.
Ex Fumador Ex fumador regular, su consumo termina desde hace un mínimo de 1 año.
Fumador Ocasional Fuma uno o más cigarrillos, pero no cada día.
Fumador Pasivo No consumo cigarrillos directamente, sin embargo, inhala de forma involuntaria el humo provocado por otro fumador (hijo, cónyuge, compañeros de trabajo) que se encuentra cerca
No fumador No ha consumido nunca.

Fuente: Espinoza y Espinoza Roca (2005).

El tabaquismo es una enfermedad que incrementa en cuanto a su gravedad con el tiempo. Conforme a Rebolledo, Escalante, Espitia y Carmona (2012), el tabaquismo convencional refiere ser la forma más común de consumo de tabaco, la cual, por medio del ingreso del humo que produce del tabaco, se relaciona con distintos tipos de cáncer (bucal, faríngeo, laríngeo). Igualmente, el tabaco posee varias sustancias cancerígenas como: hibrocarburos, nitrosaminas, cianuro de hidrógeno, benzopirina, monóxido de carbono entre otros. Este es el típico tabaquismo que se evidencia en cualquier lugar y contexto.

Existe otra forma de tabaquismo que no necesariamente implicada el acto de fumar. Entonces, se lo conoce como tabaquismo masticado, suele ser menos frecuente puesto que el consumo se da al masticar hojas de tabaco debido a su calentamiento simultáneamente con otras sustancias químicas (carbonato de sodio) que al igual que el tabaquismo convencional, el riesgo de adquirir cáncer bucal resulta similar (Rebolledo et al., 2012). Independientemente del tipo de tabaquismo el riesgo de adquirir todo tipo de cáncer bucal es igual o similar.

Existen otros dos tipos de tabaquismo menos frecuentes y de forma indirecta. El primero, el tabaquismo invertido es utilizado por el fumador crónico, aquí el individuo introduce el distal de un cigarrillo dentro de su cavidad bucal. Segundo, el tabaquismo pasivo en donde

un tercero se encuentra expuesto al humo indirecto de manera continua en cualquier tipo de contexto, donde se convierte en un factor invisible de riesgo para el desarrollo de cáncer en órganos como pulmón y vías aerodigestivas (Rebolledo et al, 2012). Para estos autores el tabaquismo no solo está ligado con el consumidor directo, sino también con el consumo inconsciente de una persona que mantenga relación constante con el fumador.

1.2.9. Trastornos y criterios diagnósticos por consumo de tabaco

Al igual que el alcohol, el tabaco dispone de un apartado específico dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Por lo tanto, los dos principales son: el trastorno por consumo de tabaco y abstinencia de tabaco (APA, 2014).

Trastorno por consumo de tabaco

La Tabla 11 expone de forma de detallada los criterios diagnósticos.

Tabla 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 ¡os 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.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes: a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco (véanse los Criterios A y B de la abstinencia del tabaco). b. Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar síntomas de abstinencia.

Fuente: Asociación Americana de Psicología (2014), p. 573.

El trastorno una vez diagnosticado se califica de acuerdo a su nivel. Se habla de leve si existe la presencia de entre 2 y 3 síntomas, moderado con presencia de 4 a 5 síntomas, y finalmente el grave cuyo diagnóstico cumple con 6 o más de los síntomas presentados en la tabla anterior (APA, 2104). Al igual que el trastorno por consumo de alcohol, este, de la misma manera posee niveles de gravedad de acuerdo a la cantidad y presencia de sintomatología descrita.

Abstinencia de Tabaco

A continuación, en la Tabla 12, se detallan sus criterios diagnósticos.

Tabla 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 ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Fuente: Asociación Americana de Psicología (2014), p. 575.

La sintomatología tras el cese de tabaco es desbordante. La privación de la nicótica (sustancia altamente adictiva), en consumidores habituales es una situación bastante común que implica situaciones de ansiedad fisiológica elevada. No obstante, estos malestares igualmente brotan en fumadores cuya práctica no es diaria (APA, 12014). Entonces, la abstinencia no está relacionada específicamente con el consumo diario y excesivo de tabaco.

1.2.10. Factores protectores que evitan el consumo de alcohol y tabaco

A fin de evitar el consumo precoz del tabaco, se sugiere elaborar estrategias que incluyan fomentar una buena relación familiar y proveer información a la persona información adecuada sobre los peligros y efectos dañinos que el tabaco genera. Sin embargo, existen variables que evitan el consumo ante la duda de probar una sustancia y mantener este consumo luego de la primera experimentación. De este modo, los factores protectores son aquellos que reducen y equilibran el peso de los factores de riesgo, reducen la posibilidad de

consumo de alguna sustancia por primera vez (Rizo-Baeza et al., 2018). En contrate con los factores de riesgo, los protectores evitan una posible inmersión y prevalencia de drogas.

Los estudios demuestran que los factores de protección, se relacionan con un buen ambiente familiar, conocimiento de los efectos y relaciones interpersonales sanas. Así pues, investigaciones de Colombia declaran que algunos patrones afectivos como el afecto y la unión familiar, educación de forma general, la comunicación, la religiosidad son aspectos que contrarrestan el consumo de drogas. Por otra parte, según Arbinaga, se establecen otros factores protectores como lo son: las normas conductuales claras y concisas tanto en la familia como en el ambiente educativo, relaciones familiares sanas en lo que respecta a estabilidad y cohesión, valoración positiva de la vida y cuerpo, y autoaceptación (citado de en Martínez & Robles, 2001, p. 222). Por regla general, una buena adaptación y cuidado familiar e individual neutralizan el consumo.

Un buen cuidado personal y conductas adaptativas permiten que el riesgo de ingerir drogas sea menor. Otros factores de protección destacados para evitar el consumo de tabaco según a Cheesman y Suárez (2014), son "la participación en deportes, buena apreciación de sí mismos, compartir con amigos que no fumen, en especial su mejor amigo, tener padres que no consuman cigarrillos y poseer un buen conocimiento del daño que provoca el tabaquismo para la salud" (p. 224). En otras palabras, mientras exista una mejor inversión del tiempo en actividades adaptativas y de beneficio, menor riesgo de consumo se presenta.

1.3. Factor socioeconómico

1.3.1. Definición de factor socioeconómico

En la sociedad cada individuo forma parte de algún grupo o estrato socioeconómico donde comparte estilo, costumbres y calidad de vida. Un estatus socioeconómico, como factor, es una manera de estratificación social en donde un grupo de individuos están sujetos al compartimiento de características similares que los vincula socioeconómicamente en función de productividad, poder de adquisición, poder económico y la posición política en

la burocracia (Roldán, 2014). Estos grupos, sin la necesidad de crearlos, son producto de la interacción entre personas dentro de cualquier sociedad.

El factor socioeconómico individual o familiar es un componente que influye en distintos fenómenos sociales y psicológicos en mayor o en menor medida. Frente a ello, menciona Wiese (2018), que el factor socioeconómico posee "aquellas causas o circunstancias que encierran todas las actividades efectuadas por el hombre con la intención de sustentar la subsistencia de sus familiares y su vida propia" (p. 23). Entonces, representa un factor de influencia en distintos fenómenos sociales.

Es un concepto dimensional que abarca una serie de indicadores. El nivel socioeconómico que tiene un individuo no es una característica de tipo física, sino más bien su denominación conlleva una integración de rasgos diferentes de una persona dentro de su hogar y cuya variación define su denominación de acuerdo al país y al momento histórico en el que este atraviese (Vera-Romero & Vera-Romero, 2013). Entonces, se entiende que la calidad de vida es relativa al país y al momento en que se vive, de igual manera, implica el cumplimiento de necesidades humanas que satisfagan al hombre.

El factor socioeconómico es un punto importante donde la familia es la parte afectada o beneficiada debido a una serie de políticas y a la falta o presencia de oportunidades que se encontrarán en la sociedad. Una de estas carencias es la falta de trabajo que limita al desarrollo familiar, en su contraparte, otro tipo de familia que posee un buen ingreso económico permite una influencia y crianza positiva desde una temprana edad (Rodríguez, 2015). Una buena posición socioeconómica en la familia abre puertas para un óptimo desarrollo individual de las habilidades debido a los beneficios que esta otorga respecto a la educación, salud, entre otras cosas.

El factor socioeconómico no solo implica la remuneración económica que un individuo obtiene. Entonces, para Vera-Romero y Vera-Romero (2013) "el nivel o estatus socioeconómico es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas" (p.42). Por ende, el estatus económico está determinado por

una serie de factores como el los ingresos económicos individuales o de una familia, la preparación y posición social que tienen.

En la sociedad es inevitable no incurrir en estatus socioeconómicos que dividan a la población en grupos en función a este factor. Según Guillen y Suárez (2015), "el aspecto económico es una de las metas de toda sociedad y el mismo implica un incremento notable de los ingresos, y de la forma de vida de todos los individuos de una sociedad" (p.12). Estas diferencias, sin necesidad de producirlo, generan de por si una diferenciación entre un nivel socioeconómico de otro.

1.3.2. Estratos socioeconómicos y sus características en el Ecuador

En el Ecuador los estratos socioeconómicos también están presentes. Tras una encuesta realizada a un total de 9.744 hogares urbanos ubicados en diferentes ciudades del país como Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato y Machala, se establecieron diferencias entre estos grupos caracterizados por estratos. Por lo tanto, se han estipulado 5 tipos de nivel socioeconómico en el Ecuador, los cuales, son: el nivel A, nivel B, nivel C+, nivel C-, y nivel D (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 2011). Suena clasista y de mal gusto, sin embargo, esta encuesta permite identificar las condiciones de vida de cada estrato socioeconómico propio de nuestro contexto como país.

El nivel A corresponde al 1,9% convirtiéndose en el menos predominante. Sus características diferencian su calidad de vida de manera positiva con el resto. Las particularidades de su vivienda son exclusivas. El jefe o jefa del hogar labora como profesionales científico, intelectual, miembro del poder ejecutivo o de cuerpos legislativos, entre otros. Un 80% posee bienes materiales relacionados a excelentes comodidades y tecnología. Los jefes de hogar poseen niveles de educación superiores y un gran porcentaje alcanzan estudios de post grado. Del mismo modo, su economía es alta púes el 95% posee afiliación al IESS y un 79% tiene seguro de salud privado de cualquier tipo (INEC, 2011). Estas características permiten deducir que este estrato socioeconómico es el más favorecido en el Ecuador.

Un grado menor, el nivel B, comprende un 11,2 % de la población encuestada, lo cual, se convierte en el segundo grupo menos predominante. El 46% de estos hogares posee características cómodas de vivienda. Por otro lado, los bienes y posesiones son destacadas al igual que el grupo anterior; tecnología y su uso favorable. El jefe del hogar posee un nivel de educación superior que desempeña en trabajos como profesionales científicos, intelectuales, técnicos etc. El 92% posee afiliación y seguro al IESS y el 47% de estos hogares posee un seguir privado de salud (INEC 2011). Estas características permiten deducir que este estrato es el segundo más acomodado socioeconómicamente en el Ecuador.

En el nivel C+, se encuentran el 22,8 % de los hogares. Sus comodidades son buenas sin una tendencia a las excentricidades. Más del 67% posee bienes como electrodomésticos adecuados, el 39% posee internet, el 62% posee computadora escritorio, el 21% pc portátil. De manera general, el jefe del hogar posee un nivel de instrucción de secundaría culminada, lo desempeña como trabajadores de servicio, comerciantes, operadores de maquinaria, etc. Finalmente, el El 77% posee afiliación al IESS y el 20% posee seguros privados (INEC, 2011). Si bien es un estrato superior a la media, el nivel de estudios no necesariamente afecta a la economía del hogar.

El estrato C- o nivel medio representa a la mayoría de hogares en el Ecuador pues el 49,3% pertenece a este grupo. Su posesión de bienes es estándar para el contexto en donde el 11% posee conexión a internet, lo cual, es bajo. El jefe de hogar posee un nivel de instrucción relativamente bajo; primaria completada, desempeña empleos como trabajadores de servicio, comerciantes, etc. El 48% posee afiliación al IESS y solamente el 6% posee un seguro de salud privado (INEC, 2011). Entonces, se dice que este estrato es el más común en las familias ecuatorianas.

Nivel D, representan el 14,9 % de la población, las condiciones de vida son relativamente deficientes en relación a los estratos anteriores, no poseen muchos bienes a más de los necesarios. En cuanto a la tecnología existe un celular por hogar y únicamente el 9% posee internet propio. El nivel de educación del jefe del hogar corresponde a primaria terminada, donde los trabajos más comunes son empleos no calificados. Tan solo el 11% posee seguro de IESS y evidentemente no poseen seguro de salud privado (INEC, 2011). Aquí, las

carencias son indudables convirtiéndose en el estrato socioeconómico menos favorecido en el país.

Un estrato socioeconómico, no se determina únicamente por la cantidad de remuneración económica. Egüez y Pérez (2017), indican que para establecer de manera cuantitativa los estratos o niveles socioeconómicos del Ecuador, se tiene en cuenta aspectos como el nivel de instrucción, posesiones y/o bienes, hábitos de vida, etc. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en su encuesta que posee un resultado máximo de mil puntos, toma en consideración varias dimensiones con sus respectivas variables presentadas en la Tabla 13.

Tabla 13

Aspectos a considerar para determinar el estrato socioeconómico

Indicadores/Variables que Componen el Nivel Socioeconómico
Vivienda
-Tipo de Vivienda
-Tipo de Servicio Higiénico
-Material predominante paredes exteriores de la vivienda
-Material predominante piso de la vivienda
-Número de cuartos de baño con ducha de uso exclusivo del hogar
Educación
- Nivel de educación del jefe del Hogar
Economía
-Afiliación al seguro privado
-Afiliación seguro IESS, ISSFA o ISSPOL
-Grupo de ocupación del jefe del hogar
Bienes
-Número de televisiones a color
-Tenencia de Refrigeradora
-Número de vehículos de uso exclusivo del hogar
-Tenencia de Lavadora
-Tenencia de servicio telefónico convencional
-Tenencia de cocina a horno
-Tenencia de equipo de sonido
Tecnología
-Disponibilidad de servicio de internet
-Tenencia de computadora portátil
-Tenencia de computadora de escritorio
-Número de celulares activados
Hábitos de Consumo
-Registro a una red social
-Internet en los últimos 6 meses
-Compra de vestimenta en centros comerciales
-Uso del correo electrónico que no sea del trabajo
-Lectura de un libro en los últimos 3 meses que no sea de trabajo ni estudio

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011).

1.3.3. Condiciones y calidad de vida en el Ecuador

Las condiciones y calidad apuntan al buen vivir o desarrollo de las personas en diferentes ámbitos ligado a la satisfacción de necesidades materiales, psicológicas, sociales y económicas. Guarda relación con el ímpetu y motivación que tiene un sujeto por satisfacer sus necesidades individuales y colectivas que mejoran su competitividad y la de su país (INEC, 2014). Es así como la calidad de vida incrementa o en su defecto disminuir conforme a la motivación o falta de la misma en cada sujeto.

Por su parte, el estrato socioeconómico no solo implica la cantidad de ingresos que un individuo obtiene personalmente o a nivel familiar. Este concepto, se basa en varios componentes que van más allá del poder económico, así pues, aspectos como la educación, empleo u ocupación de la persona, prestigio, poder político, historial familiar y etnia, condiciones de vida del barrio en el que habita, son algunos componentes sociales que aborda el nivel socioeconómico de una persona (Bajer, 2014; Brogan 2019; Agualongo, & Garcés, 2020). La calidad de vida, con el tiempo, se estructura en base a distintas aportaciones de tipo educacional, social y económico.

1.3.4. Variables que componen el factor socioeconómico

El factor socioeconómico es un concepto que abarca varios componentes no ligados al dinero. También, se encuentra compuesto por variables como el grado de educación alcanzado por un individuo, su situación laboral derivado de su educación, su edad y evidentemente por su nivel de ingresos económicos (Escamilla, & Caldera, 2013). La formación académica es, por así decirlo, el segundo indicador más importante para determinar el factor socioeconómico.

En la sociedad este factor hoy en día es un aspecto de importancia. La ausencia de estabilidad económica de diferentes grupos sociales desemboca en problemas que, con el tiempo, se acumulan en distintos ámbitos como la salud, el empleo, educación y lugar donde vivir sobre todo (Rodríguez, 2015). Se aprecia que las buenas relaciones con otros y los valores inculcados y presentes en un individuo influyen en su estatus socioeconómico.

1.3.5. Resultados de las condiciones socioeconómicas en el consumo de alcohol y tabaco

Las condiciones socioeconómicas de un hogar o de un individuo perjudicarán al inicio y eventual prevalencia del consumo de alcohol y tabaco. La pobreza en el Ecuador, la falta de estudios secundarios y superiores, el desempleo y la situación laboral constituyen un factor de peso para que una persona tenga mayor probabilidad de inmiscuirse en el consumo de alcohol en exceso (Meneses, Cisneros, & Braganza, 2019). Esto, claramente evidencia que la falta de oportunidades y una mala condición socioeconómica están correlacionadas con el consumo excesivo.

La probabilidad de consumo excesivo de alcohol incrementa a menor condición socioeconómica. La pobreza influye en un 1,12% la probabilidad de convertirse en consumido excesivo en comparación de quienes no poseen esta condición. Por otra parte, el poseer un empleo aporta con el 1,32% de probabilidad en no caer en este consumo excesivo en relación a quienes se encuentra desempleados (Meneses et al., 2019). Si bien los porcentajes son relativamente bajos, efectivamente existe relación entre el consumo de alcohol y la condición socioeconómica de un individuo.

El consumo de alcohol y su relación con el nivel socioeconómico depende del contexto. Aparece una paradoja, en esta, se indica que las poblaciones menos favorecidas en términos sociales y económicos sufren más daño y consecuencias a pesar de mantener el mismo o menor consumo de alcohol que las poblaciones socioeconómicamente favorecidas. Respecto a las enfermedades atribuidas a la ingesta de licores, posterior al análisis, se muestra que aquellos con un nivel socioeconómico bajo poseen más riesgo de adquirir enfermedades como el cáncer de cabeza y cuello y otras enfermedades como hipertensión y enfermedad hepática (Jones, Bates, McCoy, & Bellis, 2015). Esta atribución permite comprender que los riesgos, se atribuyen más a aquellas personas con un estrato socioeconómico bajo.

El nivel socioeconómico y su relación con el consumo de alcohol posee diferencias de género. Un estudio realizado en 15 países: 13 europeos, 1 asiático y 2 de América del Sur, indica que, en l5 países europeos, las mujeres cuyo nivel de instrucción es de tercer nivel o superior, poseen más probabilidad de ejercer el consumo excesivo de alcohol. Por otra parte, los hombres de estos mismos países, pero con menor nivel educativo, presentan más

probabilidad de consumir alcohol en exceso (Bloomfield, Grittner, Kramer, & Gmel, 2006). Entonces, el nivel de ingesta de alcohol varía y depende del nivel educativo y del género.

Respecto al tabaco las condiciones socioeconómicas afectan al daño percibido del humo de esta sustancia. La aceptación al consumo es mayor en personas de condiciones socioeconómicas bajas, asimismo, los intentos para dejar de fumar surten menos efecto o poseen menos probabilidad de tener un desenlace positivo producto del poco apoyo social. De igual importancia, se menciona la poca capacidad para dejar de fumar debido a la escasa eficacia de los programas de prevención e intervención y al insuficiente apoyo social hacia estos grupos socioeconómicos (Hiscok, Bauld, Amos, Fidler, & Munafò, 2012). Este estudio demuestra que, a pesar de los intentos individuales para el cese del consumo, existen otras variables que afectan a estos intentos.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

En este apartado, se detallan los aspectos teóricos relacionados al paradigma, tipo, diseño, modalidad y alcance empleados en el desarrollo y estructuración de la presente investigación. Del mismo modo, se presentan las técnicas, herramientas e instrumentos manejados para la recolección de información por cada una de las variables de estudio; su validez y confiabilidad que denotan veracidad de los datos conseguidos. Por otro lado, se evidencia la población de interés, su muestra y su respectivo muestreo para la selección de los participantes que son objetos de este estudio. Por último, y de forma detallada, se presenta el proceso metodológico sistemático optado para la realización de esta investigación.

2.1. Paradigma, Modalidad y Alcance

Esta investigación tomó como base en el paradigma positivista como uno de los métodos para poner en comprobación la hipótesis planteada. El positivismo en investigación considera a la realidad como objetiva que es comprendida a través de su exploración debido a sus leyes y naturalidad inalterable. Por otro lado, el investigador y el objeto de estudio son independientes, es decir, ninguno ejerce influencia sobre el otro y viceversa. Igualmente, se lleva a cabo la experimentación de las variables que el investigador pretende medir y estudiar, además, permite la verificación o rechazo de la hipótesis a través de técnicas de tipo cuantitativas y así comprender la realidad (Catalán-Vázquez & Jarillo-Soto, 2010). Como se parecía, permite el inquirir aspectos observables por medio de la medición sin ejercer influencia en el objeto.

Las variables de experimentación dentro del contexto de estudio en las que se encuentran no fueron acreedoras de manipulación directa o cambios, por ende, la investigación empleada es de tipo no experimental. Entonces, esta modalidad de campo extrae datos de la realidad y/o de los participantes de forma directa, el investigador realiza el levantamiento de información sin ejercer influencia o control sobre las variables independientes del estudio, lo limita únicamente a la observación del fenómeno a investigar y las condiciones que lo rodean (Universidad Agraria del Ecuador, 2016). Por lo tanto, la investigación adoptó

fenómenos de estudio ya existentes en el contexto de la realidad que posteriormente fueron investigados.

La modalidad empleada en la investigación es de tipo cuantitativa, puesto que se pone en marcha el uso y manejo de datos numéricos respecto a las variables de estudio y sus resultados. Por consiguiente, según Hernández, Fernández y Baptista (2014), el método cuantitativo "utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías" (p. 4). Evidentemente los estudios cuantitativos arrojan resultados a partir de la evaluación de instrumentos de medición, los mismos que a posterior son empleados para afirmar o desmentir supuestos teóricos e hipótesis previamente elaboradas.

De igual importancia, se busca profundizar dentro de la temática investigativa. En relación a esto, se emplea un alcance exploratorio, el cual, permite al investigador acrecentar el nivel de conocimiento en torno a su temática de investigación en caso de que sea inexperto o nuevo dentro del campo. Asimismo, condesciende una aclaración e incremento de la información para obtener estudios más precisos y generar prioridades posteriores, además, permite una recolección mayor de datos científicos del problema sujeto de estudio para futuras investigaciones especializadas (Naghi, 2000). En resumen, la exploración facilita la obtención de saberes respecto a las temáticas de investigación poco indagadas.

El alcance de la presente investigación es descriptivo pues pretende realizar una descripción y medición de las variables de estudio. Este proceso, según Cazau (2006), es la selección de "cuestiones, conceptos o variables y se mide cada una de ellas independientemente de las otras, con el fin, precisamente, de describirlas. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno" (p. 26). La medición a través de la psicometría permite detallar con precisión las características y componentes en todo nivel de cada componente que forma parte edel fenómeno o problemática de investigación. El detallar permite un mayor conocimiento y profundidad sobre el objeto de estudio, la posible relación existente entre el factor socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco.

Esta investigación también posee un alcance de tipo correlacional debido a su ejecución para identificar el grado o nivel de relación existente entre el factor socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco. Para ello, se desarrolla de forma sistemática en donde dos o más variables están sujetas a investigación a fin de encontrar semejanzas en las mismas. Aquí, el investigador mide las variables de estudio previamente seleccionadas en una muestra por medio de estadísticas propias correlacionales y así determinar el grado de dependencia a través de su varianza de -1 a 1, donde 0 representa la ausencia de correlación (Burns & Grove, 2004). De este modo, se pone a prueba el posible lazo entre las variables mencionadas en un inicio.

Finalmente, la investigación es de corte transversal respecto al manejo y levantamiento de datos pues, se realizó un tiempo establecido y exclusivamente en una sola ocasión. Este diseño hace uso de la medición simultanea; tanto a sujetos que poseen o no la condición necesaria del estudio, donde el investigador valúa las variables en los participantes una vez durante toda la investigación. Este corte posee ventajas, como: generar hipótesis, identifica condiciones y factores en los participantes, otorga información en base a los resultados para la intervención de mecanismos de salud, establece características de salud en torno a las muestras poblacionales estudiadas y explora la conexión entre exposiciones y efectos (Rodríguez & Mendivelso, 2018). Entonces, consiste en un proceso excepcional de evaluación, pues si las variables se evalúan dos o más veces pierde el carácter de transversal.

2.2. Técnicas y Herramientas

Para la ejecución de esta investigación, se hizo uso de la observación científica y de la encuesta como técnicas para identificar la problemática en torno a la temática, así como también para la recolección de información relacionada a las variables de estudio en los participantes. Estás, se apoyan de aplicación de una ficha *Ad Hoc* sociodemográfica y de instrumentos psicométricos o escalas destinadas para la evaluación y posterior obtención de datos de relevancia a fin de comprobar o desmentir la hipótesis.

1.2.1. Técnicas

Observación Científica

Se hizo uso de la observación científica para la identificación de la problemática. La técnica permite al investigador, a través del uso de sus sentidos y sensopercepciones, identificar la realidad externa en la que habita y al mismo tiempo lograr descubrir un sin número de problemáticas sociales y de interés**.** Esta observación para Díaz (2010), "significa observar un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe que es lo que desea observar y para que quiere hacerlo, lo cual implica que debe preparar cuidadosamente la observación" (p. 7). Entonces, permite distinguir de forma clara y concisa un fenómeno de estudio a fin de llegar a posterior a su resolución a través de su respectivo estudio.

Encuesta

La segunda técnica ejecutada fue la encuesta. Su denominación implica acceder a la recolección de una gran cantidad de datos. Es una de las técnicas más importantes dentro de la investigación en las ciencias sociales, pues permite la recolección y producción de información como método investigativo, cuya trascendencia está ligada a la investigación científica, lo transforma en un método, el cual, tarde o temprano, todos somos partícipes (López-Roldán & Facheli, 2015). Por lo tanto, el levantamiento de datos en la investigación por medio de una encuesta requiere de fundamentos científicos y teóricos.

1.2.2. Herramientas

Ficha Ad Hoc Sociodemográfica

A fin de obtener datos relevantes de los participantes, se hizo uso de la Ficha *Ad Hoc* sociodemográfica. Esta herramienta, se encuentra conformada por 15 items, cuyas opciones de respuesta se presentan al estilo de selección múltiple y de completamiento conforme a las respuestas señaladas. Aquí, se encuentran interrogantes relacionadas a información general, como: edad, sexo, ciudad de procedencia, ciudad de domicilio actual, sector de domicilio,

identificación étnica, estado civil, identificación religiosa, con quién vive en la actualidad, relación familiar y diagnóstico psicológico. Además, se observa cuestiones en torno al ámbito académico y sobre la situación económica y laboral del participante.

Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico (NSE)

Es una encuesta desarrollada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2011, cuyos objetivos son caracterizar, evaluar y determinar el nivel socioeconómico del hogar en el que habita un individuo. Consta de 25 preguntas distribuidas en 6 dimensiones: a) Características de la vivienda; b) Acceso a tecnología; c) Posesión de bienes; d) Hábitos de consumo; e) Nivel de educación; f) Actividad económica del hogar (INEC, 2011). Entonces, se considera un instrumento diseñado en base al contexto ecuatoriano.

Del mismo modo, es una encuesta de opción múltiple donde cada pregunta varía en cantidad de opciones, por lo tanto, cada una de estas posee puntajes diferentes en su mayoría, donde el mínimo a obtener es ser de 0 puntos y el máximo de 171 puntos. Su calificación es sencilla pues consiste en una operación aritmética (suma) de las variables, donde el puntaje final posible oscila entre 0 puntos como mínimo y 1000 puntos como máximo. En base a dicha calificación, se establece diferentes estratos socioeconómicos en función de los puntos obtenidos que se aprecia en la siguiente Tabla 14.

Tabla 14

Tipos de estratos socioeconómicos en función al puntaje obtenido

Clasificación de Grupos Socioeconómicos	
Puntaje	**Tipo**
Mayor a 845 hasta 1000	A (alto)
Mayor a 696 hasta mejor o igual a 845	B (medio alto)
Mayo a 535 hasta menor o igual a 696	C+ (medio típico)
Mayor de 316 hasta menor o igual a 535	C- (medio bajo)
De 0 a 316	D (bajo)

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011).

La validación de esta encuesta, se la realizó a través de su aplicación a 9744 hogares del Ecuador distribuidos en ciudades como Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato. De este modo, tras esta validación y aplicación, se establecieron 5 grupos o estratos

socioeconómicos en el país (INEC, 2011). Así pues, es un instrumento apto para su aplicación en el contexto nacional.

En relación a su confiabilidad el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos no emite esta información por medio de ningún método estadístico. No obstante, se han establecido diferentes validaciones a partir de resultados de investigaciones en el Ecuador. Es así como un estudio realizado en universitarios de la Universidad de las Fuerzas Armadas arroja una confiabilidad aceptable de 0,710 a través del coeficiente Alfa de Cronbach (a) respecto a esta encuesta (Carrillo, Galarza, Rojas, & Vinueza, 2020). Por otra parte, en otro estudio en la misma institución, se encontró las siguientes fiabilidades: estudiantes de carreras administrativas (0,673), estudiantes de carreras técnicas (0,617), personal administrativo (0,614), y docentes (0,617), estos datos reflejan una confiabilidad cuestionable, pero próxima a ser aceptable (Carillo, Galarza, & Tipán, 2020). Por consiguiente, se afirma que esta encuesta es confiable para su aplicación en este estudio.

La confiabilidad de las investigaciones mencionadas, se afianza con el hallazgo de la fiabilidad de esta encuesta en la presente investigación, la cual, se realizó por medio del coeficiente Alfa de Cronbach (α). Consecuentemente, se ejecutó el análisis de consistencia interna del puntaje global, expuesto en la siguiente Tabla 15.

Tabla 15

Análisis de la fiabilidad de la encuesta de estratificación socioeconómica (NSE)

Factor	Alfa	Ítems
Total NSE	0,737	25

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes

Una vez realizado el análisis, se obtuvo una consistencia interna aceptable con un valor Alfa de Cronbach equivalente 0,737 respecto a la puntuación total de la Encuesta de Estratificación del Estrato socioeconómico, la cual, se encuentra conformada por 25 ítems. Entonces, los resultados obtenidos son válidos y confiables.

Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

El AUDIT es un instrumento que tiene como objetivo identificar los trastornos y problemas derivados al consumo de alcohol. Fue diseñado por la OMS en 1989 con una actualización en el año 1992 y destinado al personal de salud con el fin de emplearlo para la identificación de patrones de consumo de riesgo, consumo perjudicial, consumo en exceso, dependencia y consecuencias específicas derivadas de la ingesta de alcohol. Está estructurado por un total de 10 preguntas divididas en tres dimensiones: a) Consumo de riesgo compuesto, por los ítems 1, 2 y 3; b) Sintomatología de dependencia, por los ítems 4, 5 y 6; c) Consumo perjudicial, evaluado por los ítems 7, 8, 9 y 10 (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). Resulta ser un instrumento rápido, eficiente y sencillo en cuanto a aplicación y evaluación.

En relación a su puntuación, las preguntas a partir la 1 hasta la 8 tienen inmersas 5 opciones de respuesta, cuya puntuación va de 0 como mínimo a 4 puntos posibles como máximo. Por otra parte, las preguntas 9 y 10 exclusivamente brindan 3 opciones de respuesta cuya puntuación oscila entre 0, 2 y 4. La calificación del instrumento es poco compleja, por ende, se realiza por medio de la suma de cada una de las puntuaciones atribuidas a las 10 preguntas, con ello, se obtiene así el puntaje total para su interpretación. Por otro lado, de acuerdo al resultad,o se establecen diferencias a partir del punto de corte propuesto por los autores: de 0 a 7 puntos no denota problemas relativamente mayores por consumo de alcohol; de 8 a 15, representan niveles de consumo de riesgo; de 16 a 19, representa un nivel alto de consumo acompañado de consecuencias negativas; y finalmente una puntuación de 20 o más, implica una intervención diagnóstica debido a la dependencia por alcohol (Babor et al., 2001). Entonces, mientras mayor sea el puntaje, existe más presencia de riesgos relacionados con el consumo de alcohol.

Este cuestionario refleja una puntuación final posible de entre 0 y 40 puntos posibles. Además, según Babor et al., establece puntos de corte, así pues: 0 puntos representan abstinencia total; 1 a 7 consumo no perjudicial; 8 a 14 consumo de riesgo; y de 15 en adelante representa dependencia y/o problemas a nivel físico (citado en Moreta-Herrera, Rodas, &

Lara-Salazar, 2020). Se mantiene la dinámica; a mayor puntaje, mayor riesgo y problemas relacionados al consumo de alcohol

El test AUDIT fue validado en el contexto y población ecuatoriana en adolescentes. De este modo, en análisis de fiabilidad fue ejecutado por Moreta y sus colaboradores a través del coeficiente Alfa de Cronbach al llegar a establecer una consistencia interna de 0,8 a 0,9 que representa un nivel de confiabilidad alto (Moreta-Herrera et al., 2020) Otros autores como Valenzuela y Echeverria (2017), llegaron a obtener una consistencia interna alta de 0,895 a través del coeficiente Alfa de Cronbach, posteriormente tras la aplicación test-retest, se obtuvo un valor superior a 0,700 (aceptable). Por lo tanto, la validación y adaptación de la versión ecuatoriana del test es confiable.

Una investigación llevada a cabo con este instrumento fue realizada en adolescentes del cantón Salcedo cerca de la ciudad de Latacunga, aquí, se encontró que el 30% de los participantes presentan episodios de consumo de alcohol en exceso. A esto, se añade una prevalencia del 56% relacionada al consumo de riesgo. Y un ligero porcentaje de 3,3% relacionado a la ingesta de alcohol nociva con posible dependencia (Moreta-Herrera, Almache-Moya, Vargas-Espín, & Vaca-Quintana, 2019). Esto corrobora la adaptabilidad del test al brindar resultados incluso dentro del contexto provincial.

De igual forma, el test ha sido aplicado en masa a más de mil adolescentes pertenecientes a las provincias de Cotopaxi y Tungurahua. Una investigación reciente proyecta resultados de interés, donde el 46% de los evaluados son abstemios, el 44 % manifiestan consumo de alcohol en un nivel leve y moderado (en frecuencia, cantidad y grado alcohólico), y un 9% refiere a un consumo intenso en frecuencia, cantidad y concentración de alcohol (Moreta-Herrera, Mayorga-Lascano, León-Tamayo, & Naranjo-Reyes, 2020). Los estudios en el contexto ecuatoriano claramente muestran que el consumo relacionado a la dependencia es relativamente bajo.

Por su parte, la confiabilidad encontrada en esta investigación, se la realizó por medio del coeficiente Alfa de Cronbach. Así pues, se ejecutó el análisis tanto de la consistencia interna de cada uno de los factores que conforman el test como del puntaje total obtenido. Estos resultados, se muestran en la Tabla 16 a continuación.

Tabla 16

Análisis de la confiabilidad del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)

Factor	Alfa	Ítems
Consumo de riesgo	0,770	3 ítems (1,2,3)
Sintomatología de dependencia	0,751	3 ítems (4,5.6)
Consumo perjudicial	0,645	5 ítems (7,8,9,10)
Total AUDIT	0,828	10 ítems

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

De acuerdo al análisis, se evidencia que dentro de primer factor denominado Consumo de Riesgo conformado por tres ítems, se obtuvo un $\alpha = 0,770$ lo que representa una consistencia interna aceptable. Por otra parte, en relación al segundo factor llamado Sintomatología de Dependencia (3 ítems), se obtuvo un valor Alfa de Cronbach de 0,751 que equivale a una consistencia interna aceptable. Del mismo modo, el tercer factor referente a Consumo Perjudicial (5 ítems), se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,645, lo que representa una consistencia interna susceptible a cuestionarse, pese a ello el valor obtenido bordea a la consistencia más baja de tipo aceptable. Por último, el factor total o global del test (10 ítems) arroja un Alfa de Cronbach de 0,828 lo que corresponde a una consistencia interna moderadamente alta.

Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo para Jóvenes (C4)

El test C4 constituye un instrumento desarrollado a partir de otros establecidos por varios autores, como: Test de Fargerström sobre dependencia hacia la nicotina y por el Cuestionario de Consumo de Tabaco elaborado por Archila, Gracia y Londoño. Este instrumento está diseñado en base a aspectos tales como: intensidad de consumo, profundidad al inhalar y tiempo de mantenimiento del humo referente a la nicotina; consecuencias físicas y de salud por el consumo de tabaco; síntomas que reflejan abstinencia por el corte de consumo; problemas sociales derivados; e intentos para dejar de fumar, entre otros (Londoño, Velasco, & Pardo, 2020). Entonces, el instrumento permite identificar el nivel de consumo de tabaco en los universitarios a través de sus componentes constitutivos.

El C4 es un instrumento permite identificar el nivel de consumo en torno al puntaje final obtenido. Por ende, encuentra conformado por 15 preguntas con una puntuación final posible de 50 puntos, donde a menor puntuación representa menos dependencia a la nicotina y a mayor puntuación, se considera mayor dependencia hacia esta sustancia. La puntuación de cada pregunta va de 0 como mínimo hasta 6 puntos como máximo. Así pues, se establecieron 4 tipos de niveles de consumo: de 1 a 5 puntos, nivel bajo; de 6 a 17 puntos, nivel moderado; de 18 a 29 puntos, nivel alto con indicios de dependencia; y finalmente, de 30 a 50, dependiente a la nicotina (Londoño, Rodríguez, & Gantiva, 2011). Estos niveles, se obtienen a través de la suma de las puntuaciones de cada pregunta, por lo tanto, su calificación no guarda complejidad.

El test posee una confiablidad alta. Tras el análisis de sus características psicométricas, se llegó a obtener, por medio del coeficiente Alpha de Cronbach, una confiabilidad de 0,90 (Londoño et al., 2011). Entonces, el test es apto y viable para su aplicación. En América Latina este instrumento fue puesto a validez a través de un estudio psicométrico con muestras de personas provenientes de países como Cuba, México, Ecuador, Perú, Colombia y Argentina. La confiabilidad arrojada, respecto al coeficiente Alfa de Cronbach, es de 0,58 (Londoño, Velasco, & Pardo, 2018). Si bien es una confiabilidad relativamente baja, el resultado en la muestra latinoamericana fue mejor a lo esperado por los investigadores.

En cuanto a la fiabilidad del C4 en esta investigación, se la obtuvo por medio del estadístico de Alfa de Cronbach expuesta en la Tabla 17 a continuación. Asimismo, se expone el análisis de la consistencia interna relacionada al puntaje o factor global del mismo.

Tabla 17

Análisis de fiabilidad del cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo para jóvenes (C4)

Factor	Alfa	Ítems
Total C4	0,915	15

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

De acuerdo al análisis del test C4 compuesto por 15 ítems, se encontró un Alfa de Cronbach de 0,915 respecto a la puntuación total, lo que representa una consistencia interna alta y confiable.

Escala de Medición de la Intención al Consumo de Alcohol

Es un instrumento que consta de 9 preguntas que tiene como objetivo identificar en jóvenes su intención hacia el consumo de alcohol. Esto, se evalúa a través de dos grandes dimensiones: a) creencias conductuales compuesto por los 5 primeros ítems, donde se pretende encontrar las creencias respecto a las consecuencias comportamentales que implica el consumo de alcohol; la segunda dimensión es b) el control conductual percibido, compuesto por 4 ítems, cuyo fin es lograr la identificación de la habilidad que posee la persona al momento de actuar frente a la situación de consumo de alcohol (Ajzen, 2006: Vera, Tánori, Valdés, Martínez, & Martínez, 2014). En definitiva, la escala permite evaluar creencias y el aparente control que refieren tener los jóvenes en torno al alcohol.

El instrumento, se encuentra compuesto por 9 preguntas. Sus opciones de respuesta son de etilo Likert que van desde: 1) Totalmente en Desacuerdo; 2) En Desacuerdo; 3) Ni de acuerdo ni desacuerdo; 4) En Acuerdo; y finalmente, 5) Totalmente de Acuerdo. Entonces, el puntaje mínimo a obtener es de 0 puntos y el máximo es de 45 puntos posibles. Por consiguiente, a menor puntaje representa menor riesgo hacia el consumo de alcohol, y a mayor puntaje más riesgo de ingerir alcohol (Basante & Moreta, 2020). Es así como este instrumento es corto, práctico, sencillo y confiable.

En cuanto a la confiabilidad el test posee una buena aceptación. Frente a esto, través del coeficiente Alfa de Cronbach, el instrumento posee una consistencia interna alta con un valor equivalente a 0,90. (Vera et al., 2014). Por otra parte, Tras su aplicación en una muestra de adolescentes ecuatorianos, la validación en el contexto arroja una confiabilidad de 0,90 respecto al control conductual y de un 0,84 referente al factor de creencia conductual, por lo tanto, el instrumento es apto para esta población (Moreta-Herrera et al., 2020). Esta escala pudo ser validada debido a que la población mexicana posee ciertas similitudes a la nuestra, por ende, su aplicación es segura.

En relación a la fiabilidad de este instrumento en la presente investigación, se realizó el análisis de su consistencia a través del proceso estadístico Alfa de Cronbach de los componentes que estrcuturan el test y de su factor global. Así pues, estos datos, se visualizan en la siguiente Tabla 18.

Tabla 18

Análisis de fiabilidad de la escala de medición de la intención hacia el alcohol

Factor	Alfa	Ítems
Creencias conductuales	0,862	5 ítems (1,2,3,4,5)
Control conductual percibido	0,899	4 ítems (6,7.8,9)
Total Escala	0,899	9 ítems

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

A partir del análisis de consistencia interna, los resultados indican que en el factor de creencias conductuales (5 ítems), se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,862 equivalente a una consistencia interna moderadamente alta. Por su parte el factor de control conductual percibido refleja un Alfa de Cronbach de 0,899, lo cual, representa una consistencia moderadamente alta de acuerdo al resultado, pero con una aproximación a una consistencia alta. Finalmente, el factor global de la escala arroja un $\alpha = 0,899$ lo que comprende a una consistencia interna moderadamente alta con tendencia a excelente (0,90).

Escala de Actitudes Hacia el Alcohol

Es un instrumento corto y efectivo. En relación a su estructura forma parte de 3 tres instrumentos conformados por 13 ítems cada uno, los cuales, son: alcohol, tabaco y otras drogas. Se encuentra construido con 5 opciones de respuesta para cada pregunta de tipo Likert: 1) Totalmente en Desacuerdo; 2) En Desacuerdo; 3) Ni de acuerdo ni desacuerdo; 4) En Acuerdo; 5) Totalmente de Acuerdo. Por ende, el puntaje mínimo es 13 y el máximo de 65 puntos posibles. Así pues, a menor puntaje, se evidencia actitudes inadecuadas y poca disposición hacia el consumo de alcohol y, a mayor puntaje, presencia de actitudes favorecedoras y una buena disposición del consumo de alcohol (Naranjo & Moreta, 2018). En pocas palabras, es un test que permite evaluar la predisposición, desagrado y acciones dirigidas a frenar el consumo de alcohol.

Las 13 preguntas anteriormente mencionadas fueron adaptadas y realizas a partir de otros instrumentos e investigaciones por parte de diferentes autores. Del mismo modo, el Cuestionario de Actitudes Hacia el Alcohol, pretende evaluar 3 factores importantes: predisposición y actitud por el consumo de alcohol, con 5 preguntas; desagrado ante el consumo de esta sustancia, 5 preguntas; y finalmente, la predisposición para actuar en contra frente al consumo de alcohol (García et al., 2012). Su facilidad de aplicación y resolución, lo vuelve un instrumento efectivo.

En la Tabla 19 a continuación, se detallan los resultados en torno a la fiabilidad de este instrumento en la investigación de cada uno de los factores que componen el instrumento, además, el total de la escala. Para ello, se realizó el hallazgo de la consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach.

Tabla 19

Análisis de fiabilidad de la escala de actitudes hacia el alcohol

Factor	Alfa	Ítem
Predisposición y actitud por el consumo de alcohol	0,629	5 ítems (5,6,7,10,11)
Desagrado ante el consumo de alcohol	0,839	5 ítems (1,2,3,4,13)
Predisposición para actuar en contra frente al consumo de alcohol	0,143	3 ítems (8,9,12)
Total Escala	0,689	13 ítems

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

Tras finalizar el análisis, se pudo obtener los diferentes valores de Alfa de Cronbach de cada uno de los componentes que conforman esta escala, así como también de su puntaje total. Así pues, en el factor predisposición y actitud por el consumo de alcohol, se obtuvo un α = 0,629 lo que representa una consistencia interna baja y cuestionable. Por otra parte, el componente relacionado al desagrado ante el consumo, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,839 cuyo resultado comprende una consistencia interna moderadamente alta. El último factor correspondiente a la predisposición para actuar en contra frente al consumo de alcohol, el análisis arrojó un α = 0,143, de modo que este dato se considera una consistencia interna muy baja y válida. Finalmente, lo que compete al puntaje total del instrumento, se obtuvo un α = 0,689, por ende, se interpreta que su consistencia interna es cuestionable; sin embargo, se encuentra próxima a modernamente alta.

Escala de Actitudes Hacia el Tabaco

Es una variante casi similar en estructura, cantidad de preguntas y tipos de respuestas a la Escala de Actitudes Hacia el Alcohol. Sin embargo, evalúa exclusivamente aquellas actitudes relacionadas con el consumo de tabaco en jóvenes por medio de 3 factores o dimensiones: predisposición y actitud por el consumo de tabaco, desagrado ante el consumo de esta sustancia y la percepción relacionada con la satisfacción implicada al consumo de tabaco (García, 2012). En definitiva, el test evalúa aquellas percepciones y predisposiciones en relación al hábito de fumar.

Igualmente consta de 13 preguntas, cuyas opciones de respuesta son de tipo Likert: 1) Totalmente en Desacuerdo; 2) En Desacuerdo; 3) Ni de acuerdo ni desacuerdo; 4) En Acuerdo; 5) Totalmente de Acuerdo. Por ende, el puntaje mínimo es 13 y el máximo de 65 puntos posibles. Entonces, a menor puntaje existe la evidencia de actitudes inadecuadas y poca disposición hacia el consumo de tabaco y, a mayor puntaje, presencia de actitudes favorecedoras y disposición hacia el consumo de tabaco.

La fiabilidad de este instrumento en esta investigación, se la encontró por medio del coeficiente estadístico Alfa de Cronbach; de los 3 componentes que lo estructuran y del puntaje total. Resultados que se aprecian en la Tabla 20 posterior a esta aclaración.

Tabla 20

Análisis de fiabilidad de la escala de actitudes hacia el tabaco

Factor	Alfa	Ítems
Predisposición y actitud por el consumo de tabaco	0,905	5 ítems (9,10,11,12,13)
Desagrado ante el consumo de tabaco	0,850	4 ítems (5,6,7,8)
Percepción relacionada con la satisfacción implicada al consumo de tabaco	0,899	4 ítems (1,2,3,4)
Total	0,781	13 ítems

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

De acuerdo al análisis de fiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach, el primer factor de predisposición y actitud por el consumo de tabaco posee una consistencia interna alta de 0,905. Por su parte, el componente desagrado ante el consumo de tabaco posee una consistencia interna moderadamente alta de 0,850. Por otro lado, en cuanto a la percepción

relacionada con la satisfacción implicada al consumo de tabaco, se obtuvo una consistencia interna moderadamente alta de 0,899, pero con una gran aproximación a totalmente alta. Por último, respecto al puntaje total, su consistencia interna refiere ser aceptable con un Alfa de Cronbach de 0,781.

2.3. Participantes y Muestra

2.3.1. Población

La población de interés para la investigación, se encuentra conformada por universitarios de ambos sexos de la ciudad de Latacunga pertenecientes a la Universidad Técnica de Cotopaxi. De acuerdo con la página web oficial de la institución, actualmente cursan los estudios de pregrado en sus instalaciones un total de 10.500 estudiantes, lo que representa así el total de casos de interés para este estudio. En cuanto al rango de edad de los participantes, este oscila entre 17 y 42 años, pues al tratarse de estudios superiores, la edad de vida varía considerablemente en algunos casos. No obstante, estas edades son apropiadas para evaluar el nivel o grado de consumo de alcohol y tabaco.

2.3.2. Muestra

La muestra de la presente investigación, se estableció a partir del respectivo cálculo estadístico con el objetivo de encontrar el tamaño adecuado y significativo de la población anteriormente expuesta (10.500 casos de interés). En referencia a esto, considerando un nivel de confiabilidad del 95%, el error muestral del 5%, y un 50% de probabilidad de ocurrencia y de no ocurrencia, el tamaño de la muestra obtenido es 371 participantes universitarios. Si embargo, la investigación y aplicación de los instrumentos, se realizó con una muestra más numerosa de 834 universitarios que forman parte de la institución de educación superior ubicada en la ciudad de Latacunga. No obstante, se mantuvo una muestra oficial de 742 posterior a la depuración del levantamiento de datos.

2.3.3. Muestreo

El tipo de muestro empleado en la selección de los participantes del estudio fue de tipo no probabilístico con criterios de inclusión. En esta modalidad de muestreo, el investigador es quien determina y selecciona a aquellos casos accesibles, que se fundamenta en la conveniente accesibilidad, proximidad y características que conoce el respecto la población (Otzen, & Manterola, 2017). Del mismo modo, se selecciona a los sujetos por conveniencia tras identificar previamente qué elementos se tomarán en cuenta para la selección al cumplir criterios de inclusión y exclusión (Fuentelsaz, Icart, & Pulpón, 2006). Así pues, no todos los participantes de la población tenían la posibilidad de ser elegidos para dicho estudio.

El investigador es quien establece los parámetros para la toma de los participantes. Es así como los criterios de inclusión para la selección de los participantes fueron: a) Pertenecer a una universidad pública de la provincia de Cotopaxi, b) Estar legalmente matriculados en el último periodo académico entre primero y décimo semestre, c) Haber otorgado su consentimiento informado, d) Acudir frecuentemente a clases, 3) No presentar dificultades físicas y psicológicas que alteren la realización normal del estudio.

2.3.4. Caracterización de la muestra

Variables personales

En la presente Tabla 21, se describe las características de los participantes respecto a las variables de sexo, identificación étnica, estado civil, identificación religiosa y ciudad de procedencia. Para ello, se realizó el análisis estadístico de dichas variables nominales, presentadas a través de la frecuencia (*f*), representación porcentual (*%*), y finalmente la variable edad, mostrada en la Tabla 20 que se refleja por la media ($\bar{X}$) y desviación estándar (*s*).

Tabla 21

Análisis estadístico de variables personales

Variables	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Sexo		
Masculino	578	77,9
Femenino	164	22,1
Identificación étnica		
Mestizo	693	93,4
Indígena	41	5,5
Afro	3	0,4
Blanco	5	0,7
Estado Civil		
Soltero	684	92,2
Casado	24	3,2
Unión Libre	31	4,2
Divorciado	2	0,3
Viudo	1	0,1
Identificación religiosa		
Católico	545	73,5
Creyente sin identificación	84	11,3
Cristiano/Evangélico	72	9,7
Ateo	34	4,6
Testigo de Jehová	7	0,9
Ciudad de Domicilio actual		
No responde	3	0,4
Cotopaxi	370	50,1
Pichincha	222	30,1
Tungurahua	81	11,0
Napo	13	1,8
Chimborazo	8	1,1
Orellana	7	0,9
Imbabura	7	0,9
Sucumbíos	6	0,8
Pastaza	6	0,8
Santo Domingo	4	0,5
Morona Santiago	3	0,4
Esmeraldas	2	0,3
El Oro	2	0,3
Zamora Chinchipe	2	0,3
Loja	1	0,1
Bolívar	1	0,1
Manabí	1	0,1
Los Ríos	1	0,1
Azuay	1	0,1
Sector de domicilio		
Urbano	432	58,2
Rural	310	41,8
Convivencia actual		
Con mis padres	634	85,4
Solo	28	3,8
Otro	80	10,8
		(s)
Edad	22,40	3,34

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

En relación a estas variables, se observa la presencia de una diferencia significativa en los participantes donde el 77, 9% pertenece al sexo masculino, mientras que el 22,1 corresponde al sexo femenino. Por otro lado, respecto a la identificación étnica, se evidencia que existe una gran prevalencia de participantes que refieren ser mestizos con un 93, 4 %, seguidamente de indígenas con el 5,5 %, en un menor porcentaje, se encuentran los afros con un 0.4 %, y, por último, los blancos con un 0,7%. En relación al estado civil se encuentra una prevalencia considerable de solteros con el 92,2 %, casados con el 3,2 %, en unión libre con un 4,2 %, divorciado(a) con 0.3 %, y en un pequeño porcentaje de 0,1 % viudo(a). Simultáneamente, en identificación étnica, el 73,5 % corresponde a la religión católica, el 11,3 % son creyentes sin identificación, el 9,7 % representa a cristianos/evangélicos, el 4,6 % se consideran ateos, y solamente el 0,9 % son Testigos de Jehová.

Por otro lado, en cuanto a la ciudad de domicilio actual de los participantes el 0,4 % no refiere esta información, el 50,1 % dice habitar en la provincia de Cotopaxi, el 30,1 % pertenece a Pichincha, el 11,0 % vive en Tungurahua, convirtiéndose así en las provincias más predominantes. Con un 1,8 %, se encuentra la provincia de Napo, con el 1,1 % Chimborazo, con un 0,9 % las provincias de Orellana e Imbabura. Por otra parte, con un 0,8 % de los universitarios, se encuentran en Sucumbíos y Pastaza. El 0,5 habita en Santo Domingo de los Tsáchilas. Únicamente el 0,4 % residen en Morona Santiago. Por otra parte, el 0,3 % manifiestan habitar de las provincias de Esmeraldas, El Oro y Zamora Chinchipe. Para concluir, con un 0,1 %, se encuentran las provincias de Loja, Bolívar, Manabí, Los Ríos y Azuay.

En relación al sector de domicilio, el 58,2 %, se ubica en el sector urbano, mientras que el 41,8% refiere encontrarse en la sección rural. Respecto a la convivencia actual de los participantes, el 85,4% vive con sus padres, porcentaje reflejado posiblemente por la pandemia mundial del año en que se realizó esta investigación, por otro lado, el 3,8 % viven solos y el 10,8 % habitan con otros. Finalmente, la variable edad, arroja una media de 22, 40 y una desviación estándar de 3,34, lo que evidencia una edad idónea para realizar investigaciones en población universitaria.

Variables de salud

En esta pequeña sección, a manera de detalle, se exponen las particularidades respecto a las variables de problemas relacionados a la salud mental o psicológicos, conformada por dos aspectos: diagnóstico o presencia de problema psicológico y ausencia de problema psicológico. Al ser variables nominales, estas se revelan en la siguiente Tabla 22 mediante su respectiva frecuencia (*f*) y representación porcentual (*%*).

Tabla 22

Análisis estadístico de las variables de salud

Variable **Problema de salud mental o psicológico**	**Frecuencia** **(f)**	**Porcentaje** **(%)**
Presencia y diagnóstico de problema psicológico	15	2,0
Ausencia de problema psicológico	727	98,0

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

Como se aprecia, existe una diferencia estadísticamente significativa en la muestra, puesto que el 98,0 % no posee un problema psicológico diagnosticado y solamente el 2,0 % posee un diagnóstico y/o problema psicológico o de salud mental. En otras palabras, la gran mayoría de los evaluados carece de cuadros psicológicos de todo tipo.

Variables académicas

Por lo que se refiere a las variables académicas, en la siguiente Tabla 23, a continuación, se exponen los resultados obtenidos en relación a la universidad que forman parte, rendimiento académico, repetición de semestre o nivel y toma de materias de semestres previos.

Tabla 23

Análisis estadístico de las variables académicas

Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Universidad		
UTC	742	100,0
Rendimiento académico		
Sobresaliente	16	2,2
Muy bueno	258	34,8
Bueno	413	55,7
Regular	53	7,1
Deficiente	2	0,3
Repetición de semestre o nivel		
No	598	80,6
Sí	144	19,4
Toma de materias de semestres previos		
No	563	75,9
Sí	179	24,1

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes

El 100 % de los participantes pertenecen a la Universidad Técnica de Ambato (UTC). Por otro lado, la variable respecto al rendimiento académico evidencia que el 2,2 % poseen un nivel sobresaliente, el 34,8 % muy bueno, el 55,7 % bueno, el 7,1 % regular, y, por último, el 0,3 % deficiente. En relación a variable repetición de semestre o nivel el 80% refiere que no, por contrario, el 19,4 % sí repite semestre académico. La última variable de toma de materias de semestres previos, el 75,9 % no repite, y el 24,1 % sí cursa materias perdidas. Estos resultados son relativamente coherentes, es decir, el rendimiento estudiantil general de los participantes es de muy bueno y bueno. No obstante, un cuarto del total de los participantes, aproximadamente, repite semestres y materias, lo que evidencia que en el contexto universitario un rendimiento académico bueno no es suficiente en su totalidad.

Variables socioeconómicas y laborales

En este apartado, se detalla el análisis estadístico referente a la situación socioeconómica familiar y la situación académica y laboral de los evaluados. En la Tabla 24, a continuación, se muestran por medio de la frecuencia (*f*) y la representación porcentual (*%*).

Tabla 24

Análisis estadístico de las variables socioeconómicas y laborales

Variable Situación socioeconómica familiar	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Mala	40	5,4
Regular	383	51,6
Buena	310	41,8
Muy buena	9	1,2
Situación académica y laboral		
Estudio y no trabajo	467	62,9
Estudio y trabajo	275	37,1

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes

En la variable situación socioeconómica familiar, se aprecia que el 5,4 % refiere tener una condición mala, el 51,6 % regular, el 41,8 buena y solamente el 1,2 % considera poseer una situación socioeconómica familiar muy buena. Finalmente, y para concluir con el análisis de las variables sociodemográficas, el 62,9 %, se dedica exclusivamente a estudiar sin ejercer un trabajo, mientras que el 37,1 % labora y estudia a la vez. Estos resultados indican, de forma general, que la situación económica familiar es buena y regular, lo que permite a los participantes abstenerse de trabajar para continuar con sus estudios de tercer nivel.

2.4. Procedimiento Metodológico

Como primer paso, se dio inicio a la búsqueda, recolección y lectura de información procedente de distintas fuentes académicas para nutrir el estado de arte de la presente investigación. Seguidamente, se redactó la información adecuada respecto a las variables de estudio. Posteriormente, se logró identificar la población de interés, consecuentemente, se estableció su respectiva muestra con el fin de realizar la selección de los instrumentos más apropiados para evaluar cada una de las variables de investigación. De modo que, se puso en aplicación los siguientes instrumentos y herramientas: ficha AD HOC sociodemográfica, Encuesta de Estratificación del nivel socioeconómico elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) a fin de identificar el estatus socioeconómico; el Cuestionario para la Identificación de los Trastornos Derivados por Consumo de Alcohol (AUDIT) a fin de medir e identificar de los trastornos y problemas derivados del consumo de alcohol; Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo para Jóvenes (C4) con el

objetivo de evaluar el grado y dependencia del cigarrillo; el Modelo de Medición de Intención al Consumo de Alcohol; El Cuestionario de Actitudes Hacia el Alcohol; y finalmente el Cuestionario de Actitudes Hacia el Tabaco.

Una vez identificados los instrumentos, se puso en marcha el diseño de una encuesta que abarca cada una de estas herramientas e instrumentos mencionados anteriormente a través de la aplicación denominada Google Forms. Este método de evaluación en línea, se optó debido a la situación mundial relacionada a la pandemia por coronavirus durante el año en la que fue realizada esta investigación. Por consiguiente, la aplicación de los reactivos, se ejecutó en modalidad online previamente revisados tanto por el director de la investigación como también de parte de las autoridades de la universidad de acogida para la aplicación.

Antepuesto a la aplicación en masa de la batería psicológica a través de un link directo a Google forms, se consumó una prueba piloto en 10 estudiantes universitarios, esta aplicación permitió identificar errores técnicos en cuanto a redacción, formulación y orden de las preguntas. Gracias a este paso, se logró identificar que el tiempo estimado en la resolución de la encuesta es de 15 a 20 minutos.

Con los errores solventados, se prosiguió a la entrega del oficio respectivo dirigido a la autoridad competente en la universidad (UTC) para realizar la investigación, situación que fue validada pues se obtuvo la apertura de toma de los instrumentos a los estudiantes. Así pues, la batería psicológica fue aplicada a 834 estudiantes de forma grupal por curso o nivel de semestre; se otorgó a los participantes la socialización del proyecto, consentimiento informado, ficha sociodemográfica y la batería de instrumentos psicológicos. El levantamiento de toda la información, se llevó a cabo durante la última mitad del mes de marzo y a lo largo de todo el mes de febrero del 2021.

El capítulo que compete al estado del arte (marco teórico), se redactó durante los meses de marzo y abril con la ayuda de fuentes bibliográficas, artículos, investigaciones, bases de datos y repositorios, organismos y entidades de talla mundial. A esto, se agrega que varias fuentes se extrajeron en idioma inglés, por lo que el cambio de lengua no fue una limitante. Al finalizar el estado del arte, inmediatamente, se dio inicio a la redacción del marco metodológico durante la última mitad del mes de abril compuesto, en gran medida, por la

información presentada en plan de titulación aprobado por dirección de la Escuela de Psicología de la PUCE Sede Ambato.

Por otra parte, a fin de obtener en su totalidad los datos necesarios para el estudio, se llevó a efecto la depuración de 92 datos inconsistentes por razones, como: inconsistencias al momento de responder y respuestas duplicadas que arroja la herramienta Google Forms. Posterior a ello, se permaneció con una muestra de 742 evaluados. Una vez obtenida toda la información válidos, se prosiguió a crear la base de datos. Con el total luego de su selección, codificación y cuantificación, se dio paso al respectivo análisis y tabulación por medio del programa estadístico SPSS en su versión 25.

En lo que concierne al análisis estadístico, se hizo uso del respectivo programa estadístico. Así pues, el empleado fue el SPSS v.25 pues ayudó a en la calificación de los instrumentos, análisis estadístico, descriptivo y correlacional del levantamiento de datos. Ulteriormente, como primer paso, se ejecutó el análisis de las variables sociodemográficas. Segundo, se analizó la confiabilidad de los instrumentos y herramientas aplicadas. En tercer lugar, se prosiguió al análisis descriptivo de los test y, como cuarto paso, se llevó a cabo el análisis correlacional entre los mismos. Los resultados obtenidos permitieron la elaboración de los capítulos correspondientes a la metodología y resultados. Para finalizar, se dio paso a la redacción del capítulo que concierne a las conclusiones y recomendaciones procedentes de esta investigación

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo de los instrumentos

En el presente capítulo, se exhiben los resultados obtenidos del análisis descriptivo y correlacional correspondiente al levantamiento de datos de los participantes por medio de la evaluación transversal. A fin de recolectar la información necesaria, se empleó instrumentos de medición para cada una de las variables: nivel socioeconómico y consumo de alcohol y tabaco.

3.1.1. Análisis descriptivo de la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico (NSE)

La obtención de los datos estadísticos, se aprecia en la siguiente Tabla 25, a través de su respectiva media ($\bar{X}$), desviación estándar (s), asimetría (As) y curtosis (Cu) en relación al factor o puntaje total de la encuesta.

Tabla 25

Análisis de los resultados de la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico (NSE)

Factor	$\bar{X}$	S	As	Cu
Total	575,91	122,25	-0,118	0,422

Notas: $\bar{X}$: Media aritmética; S: Desviación estándar; As: Asimetría; Cu: Curtosis; Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

En los datos obtenidos posterior al análisis descriptivo de la encuesta, se obtuvo una media $\bar{X}$ = 575,91; s = 122,25; As = -0,11; Cu = 0,42, lo cual, permite inferir que la mayoría de los universitarios de la muestra estudiada forman parte de estrato socioeconómico C+ (medio típico), pues los datos dan a entender que las condiciones de vivienda, educación, economía, posesión de bienes, tecnología y hábitos de consumo en su hogar son de tipo estándar al considerar el contexto ecuatoriano. Conjuntamente, de acuerdo con el INEC (2011) en el Ecuador el grupo socio económico más predominante es el tipo medio típico, así pues, afianza la media de 575,91 (nivel medio típico) encontrado en este estudio.

Para la realización del análisis descriptivo, se tomó la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico elaborada por el INEC, la cual, se presenta a través de su respectiva frecuencia (*f*) y porcentaje (*%*) en la siguiente Tabla 26, a continuación.

Tabla 26

Estratos socioeconómicos de los participantes

Clasificación	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
A (alto)	5	0,67
B (medio alto)	118	15,90
C+ (medio típico)	334	45,01
C- (medio bajo)	268	36,12
D (bajo)	17	2,29
Total	742	100

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

En relación a los estratos socioeconómicos al que pertenecen los universitarios, se evidencian que únicamente el 0,67 % forman parte del nivel A (alto), el 15,90 % refiere ser del estrato B (medio alto), el 45,01 % pertenece al estrato C+ (medio típico), lo que representa la mayoría de los universitarios, el 36,12 % son del estrato C- (medio bajo), y el 2,29 % conciernen al estrato socioeconómico D (bajo). Esta clasificación, se afianza con lo encontrado en un estudio ejecutado por Carillo, Galarza y Tipán (2020), dónde el 49 % de universitarios que forman parte de la Universidad de las Fuerzas Armadas responden al estrato medio alto y el 33,3 % pertenecen al nivel medio típico. Por consiguiente, se estima que la mayoría de los universitarios del Ecuador están inmersos en los estratos socioeconómicos intermedios (medio típico y medio bajo).

3.1.2. Análisis descriptivo del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al consumo de alcohol (AUDIT)

El análisis descriptivo de este instrumento, consistió en el estudio de los tres factores que lo constituyen: a) Consumo de riesgo (ítems 1,2.3); b) Sintomatología de dependencia (ítems 4, 5, 6); y c) Consumo perjudicial (ítems 4, 5, 6).

El programa estadístico SPSS arroja el análisis de los siguientes aspectos de cada uno de los factores que compone el AUDIT, estos por medio de los siguientes aspectos: media ($\bar{X}$),

desviación estándar (*s*), asimetría (*As*), y curtosis (*Cu*). Mismos que se aprecian en la Tabla 27 a continuación.

Tabla 27

Análisis de los resultados del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)

Factor	$\bar{X}$	s	As	Cu
Consumo de riesgo	1,66	1,78	1,26	1,40
Síntomas de dependencia	0, 49	1,19	3,92	22,09
Consumo perjudicial	1,17	2,13	2,37	6,86
Total	3,33	4,26	1,89	4,53

Notas: $\bar{X}$: Media aritmética; S: Desviación estándar; As: Asimetría; Cu: Curtosis; Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

Posterior al análisis descriptivo del AUDIT, en el factor de consumo de riesgo, se encontró una $\bar{X}$ = 1,66; *s* = 1,78; *As* = 1,26; y *Cu* = 1,40, estos datos indican que los participantes mantienen un consumo de riesgo de tipo leve. En relación al factor correspondiente a síntomas de dependencia, los resultados muestran una $\bar{X}$ = 0,49; *s* = 1,19; *As* = 3,92; *Cu* = 22,09, esto muestra una baja presencia significativa de síntomas de dependencia diarios y semanales hacia esta sustancia. Por otra parte, respecto al factor de consumo perjudicial, se identificó una $\bar{X}$ = 1,17; *s* = 2,13; *As* = 2,37 y *Cu* = 6,86, así pues, estos datos reflejan que los universitarios experimentaron un grado leve los daños derivados al consumo de alcohol. Finalmente, en lo que concierne al puntaje total del AUDIT, se obtuvo una $\bar{X}$ = 3,33; *s* = 4,26; *As* = 1,89; *Cu* = 4,53, lo que evidencia que la muestra de estudio consume alcohol en una modalidad considerablemente responsable, pues no existe un elevado indicio de consumo de riesgo, pero este se encuentra latente en un nivel bajo.

Este evidente uso leve de alcohol es consistente al estudio realizado en un contexto cercano llevado a cabo por Bassante y Moreta (2020), donde universitarios de Ambato y Quito reflejan una ingesta de alcohol baja, similar a los universitarios de Latacunga con un consumo responsable y sin adversidades derivadas a esta práctica. No obstante, es importante mencionar que el consumo bajo se lo obtiene a partir de todos los evaluados (media), por lo tanto, aquellos casos donde el consumo es perjudicial, de riesgo y con síntomas de dependencia no generan alteraciones estadísticas.

3.1.3. Análisis Descriptivo del Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo para Jóvenes (C4)

En esta sección, se exponen los resultados derivados de la puntuación total de los 15 ítems que conforman este instrumento. Por consiguiente, permitió evaluar el nivel de consumo de cigarrillo en los universitarios.

A continuación, en la Tabla 28, se presentan los datos respecto a la media ($\bar{X}$), desviación estándar (*s*), asimetría (*As*) y curtosis (*Cu)* del factor o puntuación total del cuestionario.

Tabla 28

Análisis de los resultados del cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo para jóvenes (C4)

Factor	$\bar{X}$	s	As	Cu
Total	2,45	6,88	2,58	5,21

Notas: $\bar{X}$: Media aritmética; S: Desviación estándar; As: Asimetría; Cu: Curtosis; Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

Una vez finalizado el análisis descriptivo de test C4, los resultados evidencian una $\bar{X}$ = 2,45; s = 6,88; As = 2,58; Cu = 5,21, estos a su vez permiten conocer que la muestra de universitarios evaluada posee un grado o nivel bajo de consumo de cigarrillo y dependencia a la nicotina. Además, de forma general en los participantes, las adversidades y problemas son escasos relacionados a esta sustancia en la esfera correspondiente a salud, individual, familiar y laboral. Así pues, estos datos concuerdan con lo investigado por León, Orlandoni-Merli, Bernal-Luna, Gómez-Balaguera y Amaya-Díaz (2020) cuyo objetivo fue determinar la dependencia y motivación para el cese de tabaco en universitarios, aquí la mitad presenta dependencia baja, sin embargo, esto representa que el consumo no es excesivo, salvo en casos específicos donde la dependencia se torna en un inconveniente clínico. En resumen, los universitarios no poseen sumisión y nivel elevado de consumo de tabaco.

3.1.4. Análisis Descriptivo de la Escala de Actitudes Hacia el Alcohol

Los resultados evidenciados en la Tabla posterior a esta introducción, muestran el análisis de los valores concernientes a los tres componentes de este instrumento: a) predisposición para el uso y consumo de alcohol (5 ítems); b) índice de desagrado hacia el alcohol (5 ítems); y c) predisposición para la acción contra el consumo de alcohol (3 ítems).

Dichos resultados, se evidencian a través de su respectiva media ($\bar{X}$), desviación estándar (*s*), asimetría (*As*) y curtosis (*Cu*), A estos aspectos, se agrega el valor total obtenido del instrumento posterior a su calificación, mismo que se reflejan en la siguiente Tabla 29.

Tabla 29

Análisis de los resultados de la escala de actitudes hacia el alcohol

Factor	$\bar{X}$	s	As	Cu
Predisposición para el uso y consumo de alcohol	11,75	3,68	0,22	-0,17
Índice de desagrado hacia el alcohol	16,09	4,64	0,06	0,02
Predisposición para la acción contra el consumo de alcohol	7,53	2,08	-0,22	0,83
Total	35,38	6,98	-0,51	1,79

Notas: $\bar{X}$: Media aritmética; S: Desviación estándar; As: Asimetría; Cu: Curtosis; Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

Ulterior al análisis descriptivo, los resultados muestran que en el factor de predisposición para el uso y consumo de alcohol una $\bar{X}$ = 11,75; *s* = 3,68; *As* = 0,22 y *Cu* = - 0,17, esto se interpreta que los participantes presentan una predisposición de consumo moderada, pero por debajo del corte equivalente a 15. Por otro lado, el factor de índice de desagrado hacia el alcohol, se encontró una $\bar{X}$ = 16,09; *s* = 4,64; *As* = 0,06 y *Cu* = 0,02, estos datos reflejan que los participantes poseen un nivel medio de desagrado a la sustancia que sobrepasa el punto de corte de 15. En relación al factor predisposición para la acción contra el consumo de alcohol, el análisis evidencia una $\bar{X}$ = 7,53; *s* = 2,08; *As* = -0,22 y *Cu* = 0,83, estos datos representan que los universitarios poseen un nivel moderado de acción que contrarresta la ingesta de alcohol. Por último, en el factor total del cuestionario, se obtuvo una $\bar{X}$ = 35,38; *s* = 6,98; *As* = -0,51 y *Cu* = 1,79, lo que representa la presencia de un nivel leve menor desfavorable de actitudes dirigidas hacia el consumo de alcohol, por debajo del punto de

corte de 38 puntos. El rechazo y desagrado por el alcohol, se afianza de acuerdo a lo manifestado en un estudio de García del Castillo, López y Quiles (2006) donde la mayoría de una muestra universitaria refiere poseer una postura desfavorable y de rechazo, donde predomina en ellos el velar por su salud. Entonces, los universitarios, de forma general, no mantienen actitudes positivas sobre la ingesta y práctica de alcohol.

3.1.5. Análisis Descriptivo de la Escala de Actitudes Hacia el Tabaco

En el siguiente análisis, se exhiben los resultados de los tres componentes que forman parte de la estructura de este instrumento, las cuales, son: a) disposición actitudinal hacia el uso y consumo de tabaco (5 ítems); b) índice de desagrado hacia el tabaco (4 ítems); y c) percepción de satisfacción mediante el uso de tabaco (4 ítems).

A continuación, en la Tabla 30, se exponen los datos obtenidos del análisis respectivo a través de la media ($\bar{X}$), desviación estándar (*s*), asimetría (*As*) y curtosis (*Cu*). Asimismo, se evidencia la puntuación total del mismo.

Tabla 30

Análisis de los resultados de la escala de actitudes hacia el tabaco

Factor	$\bar{X}$	s	As	Cu
Disposición actitudinal hacia el uso consumo de tabaco	8,21	4,31	1,37	1,38
Índice de desagrado hace el tabaco	13,38	4,54	-0,22	-0,59
Percepción de satisfacción mediante el uso de tabaco	6,56	3,37	1,37	1,60
Total	28,15	7,64	0,67	2,17

Notas: $\bar{X}$: Media aritmética; S: Desviación estándar; As: Asimetría; Cu: Curtosis; Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

Ahora bien, respecto al análisis del Cuestionario de Actitudes Hacia el Tabaco, se obtuvo en el factor de disposición actitudinal hacia el consumo de tabaco una $\bar{X}$ = 8,21; *s* = 4,31; *As* = 1,37 y *Cu* = 1,38, los mismos que representan un grado leve de disposición a actitudes destinadas al consumo de tabaco en la muestra estudiada. Por otra parte, el factor correspondiente al índice de desagrado de tabaco, los resultados fueron de una $\bar{X}$ = 13,38; *s* = 4,54; *As* = -0,22 y *Cu* = -0,59, estos datos permiten interpretar que en los participantes existe un nivel medio de repulsión frente al tabaco. En cuanto al factor de percepción de

satisfacción mediante el uso de tabaco, se halló una $\bar{X}$ = 6,56; *s* = 3,37; *As* = 1,37 y *Cu* = 1,60, lo que evidencia en muestra investigada un nivel poco satisfactorio frente al uso y consumo de tabaco. Para concluir con este apartado, el factor y puntuación total del cuestionario, arroja una $\bar{X}$ = 28,15; *s* = 7,64; *As* = 0,67; *Cu* = 2,17, lo que se interpreta un grado menor y desfavorable respecto a las actitudes frente al tabaco y su eventual consumo.

Los resultados concuerdan con aquellos obtenidos por Bassante y Moreta (2020) aquí, del mismo modo, los universitarios no muestran actitudes favorables hacia el consumo de tabaco. Por consiguiente, se entiende que no existe predisposición y percepción favorable por consumir tabaco, sin embargo, sí se obtuvo una actitud propicia de rechazo hacia esta sustancia en los universitarios de Latacunga.

3.1.6. Análisis Descriptivo de la Escala de Medición de la Intención de Consumo de Alcohol

El presente análisis tomó como referencia los resultados de los dos factores que estructuran este instrumento de medición, estos son: a) creencias conductuales (5 ítems); y b) control conductual percibido, (4 ítems).

De este modo, se exponen los resultados obtenidos de la media ($\bar{X}$), desviación estándar (*s*) asimetría (*As*) y curtosis (*Cu*). Igualmente, se presenta el puntaje global de la escala en la Tabla 31 a continuación.

Tabla 31

Análisis de los resultados de la escala de medición de la intención hacia el consumo de alcohol

Factor	$\bar{X}$	s	As	Cu
Creencias conductuales	11,06	5,11	0,53	-0,52
Control conductual percibido	8,18	4,29	0,78	-0,29
Total	19,24	8,39	0,53	-0,47

Notas: $\bar{X}$: Media aritmética; S: Desviación estándar; As: Asimetría; Cu: Curtosis; Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

Para concluir con el análisis descriptivo de los instrumentos, en la Escala de Medición de la Intención Hacia el Consumo de Alcohol, se obtuvieron los siguientes resultados. En el

componente creencias conductuales, se evidencia una $\bar{X}$ =11,06; *s* = 5,11; *A*s = 0,53 y *Cu* = -0,52, estos datos permiten deducir que los universitarios poseen un nivel moderado de creencias favorables o positivas relacionadas a lo que transita si continua el hábito de beber alcohol y de la probabilidad de plantearse a consumir si ese comportamiento aún no se ejecuta. Por lo que se refiere al factor de control conductual percibido, se obtuvo $\bar{X}$ = 8,18; *s* = 4,29; *As* = 0,78 y *Cu* = -0,29, así pues, se evidencia una percepción moderada referente a ostentar la destreza de controlar la situación de consumo de alcohol en caso de ejecutarla al momento y de hacerlo en caso de que esto aún no se ejecute. Para finalizar, el factor total de la escala evidencia una $\bar{X}$ = 19,24; *s* = 8,39; *As* = 0,53 y *Cu* = -0,47, estos datos indican que la muestra de universitarios posee una intención media o moderada dirigida al consumo de alcohol, conjuntamente con una detección de riesgo frente a la ingesta de la sustancia del mismo nivel.

De este modo, las intenciones, se ven relacionadas con el eventual consumo de alcohol. Los resultados de Bassante y Moreta (2020) concuerda con lo obtenido en esta muestra pues, igualmente, existe un nivel moderado de intenciones. En conclusión, los universitarios de la zona poseen un moderado control conductual y de creencias frente a la exhibición que genera la ingesta de alcohol.

3.2. Análisis Correlacional del Factor Socioeconómico y el Consumo de Alcohol y Tabaco

Para finalizar el análisis de los resultados, en esta sección, se determina el grado o nivel de correlación entre las variables de la presente investigación. De este modo, en la Tabla 32 a continuación, se exponen los coeficientes de las variables objetos de análisis en este estudio a través del coeficiente de Pearson *(r)*.

Tabla 32

Análisis correlacional del factor socioeconómico con el consumo de alcohol y tabaco

	NES	AUDIT	IntCon	AA	ATab	C4
Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico	1	0,119	0,071	0,003	0,058	0,116
Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol		1	0,373	0,092	0,159	0,336
Escala de medición de la intención al consumo de alcohol			1	0,284	0,415	0,239
Escala de actitudes hacia el alcohol				1	0,539	0,022
Escala de actitudes hacia el alcohol					1	0,177
Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo para jóvenes						1

Notas: NES: Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico; AUDIT: Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol; IntCon: Escala de medición de la intención al consumo de alcohol; AA: Escala de actitudes hacia el alcohol; ATab: Escala de actitudes hacia el tabaco; C4: Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo para jóvenes; Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 742 participantes.

Una vez realizado el análisis correlacional de los instrumentos, no se encontró ninguna relación positiva de cualquier tipo entre la encuesta de Estratificación Socioeconómica y el resto de instrumentos de medición relacionados al consumo de alcohol y tabaco. Sin embargo, se obtuvo una relación positiva baja entre el AUDIT y la Escala de Medición de la Intención al Consumo de Alcohol con una $r = ,373$; $p < 0,01$. Del mismo modo, se halló una correlación positiva entre el AUDIT y el Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo para Jóvenes ($r = ,336$; $p < 0,01$). Por otra parte, se encontró una correlación positiva baja entre la Escala de Medición de la Intención al Consumo de Alcohol y la Escala de Actitudes Hacia el Alcohol ($r = ,284$; $p < 0,01$). Asimismo, se encontró una asociación positiva baja entre la Escala de Medición de la Intención al Consumo de Alcohol y la Escala de Actitudes Hacia el Tabaco con un $r = ,415$; $p < 0,01$. Además, existe un enlace positivo bajo entre la Escala de Medición de la Intención al Consumo de Alcohol y el Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo para Jóvenes con una $r = ,239$; $p < 0,01$. Para finalizar el análisis correlacional, se evidencia que existe una asociación positiva moderada entre la Escala de Actitudes Hacia el Alcohol y la Escala de Actitudes Hacia el Tabaco ($r = ,539$; $p < 0,01$).

Es así como estos resultados evidencian que, al menos en los universitarios de la ciudad de Latacunga, el factor o estrato socioeconómico, no se encuentra relacionado con el uso de

alcohol y de tabaco de forma general. Esto difiere con la investigación desarrollada por Berrocal, Ocampo y Herrera (2018), cuyo objetivo fue describir determinantes sociales relacionados al consumo de psicoactivos, es así que en el estudio se identificó que el nivel socioeconómico bajo en los universitarios y sus características de vulnerabilidad y desventaja social determinan el primer peldaño hacia uso de alcohol, tabaco y otras drogas ilegales. Sin embargo, estos resultados se contraponen puesto que, de acuerdo con el hallazgo de Landero y Villareal (2007), no existen diferencias significativas de consumo de alcohol entre estratos socioeconómicos (medio y medio- alto). Por lo tanto, la correlación podría variar de acuerdo a la población investigada y al contexto social.

Por otra parte, existe una correlación positiva baja entre el AUDIT y la Escala de Intención Hacia el Alcohol, dado que el nivel de ingesta de alcohol se encontraría ligeramente influenciado por las creencias conductuales y el control conductual percibido respecto al alcohol que poseen los universitarios, deriva eventualmente en el consumo de esta sustancia. Esto, se afianza con lo expuesto por Sanchez (2020), donde se halló una correlación positiva baja al igual que en esta investigación, lo que afianza así estos resultados.

De igual forma, la relación positiva baja entre el AUDIT y el test C4 indica que el nivel de consumo de alcohol está relacionado con el grado de consumo de tabaco, es decir, mientras exista ingesta de alcohol el acto de fumar (poli consumo) también se llevaría a cabo en los universitarios. La correlación, se afianza con lo expuesto por Castro-Sánchez, Puertas-Morelo, Ubago-Jiménez, Pérez-Cortés, Linares-Manrique y Zurita-Ortega (2017), donde existe una relación directa de consumo entre ambos psicoactivos en universitarios, es decir, a medida que se ingiera alcohol, también se consume tabaco y viceversa. Así pues, el nivel de riesgo y dependencia hacia estas sustancias se desarrollaría a la par.

Asimismo, las intenciones de consumo de alcohol estarían relacionadas con las actitudes de uso de esta sustancia y del tabaco, pero en mayor nivel en esta última sustancia. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Pimentel, Gomes, Vera y Barroca de Moura (2014) puesto que existe una correlación positiva de actitudes y de intenciones de uso de alcohol, esta última ejerce un papel mediador. Entonces, en un nivel bajo, las actitudes predisponen el consumo y las intenciones desempeñan un papel intermediario para llevar a cabo el uso de alcohol y tabaco.

Ahora bien, la correlación positiva baja muestra que la intención destinada a consumo de alcohol influye o se ve influenciado por el nivel de consumo de tabaco. Si bien se desconocen parcialmente investigaciones respecto a esto, se sabe que el uso de varias drogas simultáneamente es una práctica habitual en los consumidores.

Finalmente, la correlación positiva más alta indica que los universitarios poseen el mismo nivel de actitudes; predisposición al consumo, desagrado, disposición para la acción en contra de la ingesta y aparente satisfacción obtenida en relación a ambos psicoactivos. Según Bassante y Moreta (2020) en su investigación se identificó que, a mayor actitud positiva dirigida hacia el alcohol, mayor actitud positiva destinada al tabaco, consecuentemente mayor consumo de ambos psicoactivos.

CONCLUSIONES

- El desarrollo teórico respecto a las variables de estudio que comprenden el factor socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco, facilitó la fundamentación de aspectos ligados a las causas, factores, adversidades, tipos, dinámica, trastornos relacionados a estas variables no solo en forma general, sino también desde un punto más específico en los universitarios. Asimismo, se logró identificar aquellos aspectos más importantes ligados la ingesta de alcohol y consumo de tabaco.

- En conclusión, en los universitarios evaluados no existen problemas mayores en las esferas individual, social, familiar y laboral producto del consumo de alcohol y tabaco. En relación al alcohol, se logró comprobar, a través del análisis descriptivo del test AUDIT una $\bar{X}$ de 3,33, lo cual, representa un consumo que no denota riesgo dado que el punto de corte es 7 para ser considerado como tal, así pues, los participantes poseen una ingesta controlada y sensata de esta sustancia, conjuntamente con un nivel de riesgo leve, presencia de pocos o casi ningún síntoma que denote dependencia, así como también de daños mínimos derivados del consumo. No obstante, existe una tendencia reducida hacia la ingesta de alcohol en un nivel de riesgo que implicaría un incremento mínimo de la frecuencia y cantidad de consumo. Por otra parte, en relación al consumo de tabaco el test C4 arroja una $\bar{X}$ de 2,45 en los universitarios lo que representa un nivel de tipo bajo de consumo, puesto que el grado moderado comprende exclusivamente a partir de 7. Entonces, no existen síntomas que detonan dependencia a la nicotina, falta de intensidad y frecuencia perseverante de consumo de tabaco. En cuanto al estrato socioeconómico de los participantes, la gran mayoría se encuentra en el nivel medio típico con 334 universitarios lo que representa el 45,01 %, seguidamente del nivel medio bajo con 268 participantes cuyo porcentaje equivale al 36,12 % del total, y una $\bar{X}$ de 575,91. Por su parte, en relación a las actitudes hacia el alcohol, los universitarios reflejan poseer un nivel moderado de disposición ($\bar{X}$ = 11,75) y actitudes de degradado ($\bar{X}$ = 16,09) frente al consumo de alcohol, y un nivel leve de disposición actitudinal en contra de la ingesta de esta sustancia ($\bar{X}$ = 7,53). Por el contrario, existe un nivel leve de predisposición actitudinal ($\bar{X}$ = 8,21) y un grado leve de percepción de satisfacción hacia el tabaco (6,56), y finalmente, un nivel moderado de desagrado al mismo ($\bar{X}$ =

13,38). Para concluir, se obtuvo un resultado moderado de creencias positivas y aparente control individual en torno al alcohol con una $\overline{X}$ de 11,06 y 8,18 respectivamente.

- El análisis correlacional evidencia que no existe ningún tipo de correlación positiva entre el factor socioeconómico, con el nivel, actitudes e intenciones relacionadas al consumo de alcohol y tabaco dado que el coeficiente de Pearson (*r*) obtenidos no sobrepasan el 0,2 para considerar una correlación mínima, por lo tanto, no existe relación e influencia entre las variables. Sin embargo, existe una correlación positiva baja entre los patrones y nivel de consumo de alcohol (0,373) con las intenciones hacia su ingesta. De igual forma, se identificó una correlación positiva baja de 0,336 entre el nivel de consumo de tabaco conjuntamente con el nivel de consumo de alcohol; es decir, y de forma eventual mientras exista consumo de bebidas alcohólicas, existe cierto grado de consumo tabaco en los universitarios de forma unísona. Del mismo modo, se encontró una correlación positiva baja de 0,284 entre las intenciones y actitudes hacia el alcohol; la predisposición cognitiva en torno al uso de alcohol, se ve relacionado con las creencias y el aparente control conductual que perciben los universitarios individualmente, así, estos factores influyen en el consumo de alcohol. Asimismo, cierta presencia de creencias y control conductuales de alcohol constituiría un factor que ejerce coacción en la predisposición cognitiva de uso de tabaco en los jóvenes gracias a una correlación positiva baja de 0,415.

  De igual forma, el control conductual percibido que mantienen los universitarios y sus creencias sobre el alcohol intensificarían de algún modo el consumo de tabaco obteniéndose así una correlación positiva baja de 0,239. Finalmente, se reveló que las actitudes; predisposición de consumo, desagrado, disposición para hacer contra al uso y la satisfacción alcanzada que mantienen los universitarios, son similares tanto en relación a la ingesta de alcohol como al acto de fumar, donde hay una equidad de estos factores en ambos psicoactivos con una correlación de 0,539.

RECOMEDACIONES

Si bien el consumo de alcohol y tabaco en los universitarios es de un nivel bajo, es importante poner en marcha estrategias de intervención en los casos específicos donde el consumo sea elevado; donde exista la presencia de problemas individuales, familiares, sociales y laborales producto de este uso y consumo de ambas sustancias. Por consiguiente, se recomienda llevar a cabo un trabajo oportuno e interdisciplinario, donde la psicoeducación, concientización, intervención y posible tratamiento, otorguen una solución efectiva en estos casos específicos a fin de garantizar el desenvolvimiento adaptativo de los jóvenes.

Se recomienda abrir el espacio para nuevos estudios e investigación referentes a esta temática, debido a que, a través de los años en la cultura popular, se mantiene la creencia de que el consumo de sustancias psicoactivas está relacionado en función a los estratos socioeconómicos; donde los más vulnerables y menos favorecidos tienden al uso de las mismas. Esto, con el objetivo de comprender mejor la dinámica de esta problemática social y de salud que conlleva el consumo de drogas, así como también la búsqueda de eliminación de estigmas y prejuicios.

Claramente el consumo de alcohol y tabaco se ha reducido durante en el presente año de realización de esta investigación por causas evidentes y derivadas en torno a la pandemia suscitada. Por lo tanto, como recomendación, se incentiva a todo aquel que desee realizar investigaciones respecto al nivel de consumo de drogas, llevarlas a cabo en contextos y situaciones estándar fuera de cualquier evento que genere el bloqueo de una práctica de consumo normal y habitual en los habitantes.

REFERENCIAS

Agualongo, D., & Garcés, A. (2020). El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación. *Revista Vínculos, 5*(2), 19-27. https://doi.org/10.24133/vinculosespe.v5i2.1639

Aguilera, L. (2009). *Conceptos básicos de farmacocinética, farmacodinámia en TIVA*. Bilbao, España: Universidad del País Vasco. Recuperado de https://bit.ly/3cdUgis

Ahumada-Cortez, J., Gámez-Medina., & Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximbai, 13*(2), 13-24. Recuperado https://bit.ly/3roRGuB

Albarracín, M. & Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liberabit Revista de Psicología, 14*(s.n.), 49-61. Recuperado de https://bit.ly/3tPhXnf

Amador, J., Barquero, K., Castellón, A., & López, L. (2017). Factores asociados al consumo de cigarrillos en estudiantes de medicina. Revista *Universidad y Ciencia, 7*(11), s.n. https://doi.org/10.5377/uyc.v7i11.4456

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª ed.)*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de https://bit.ly/3t9xayP

Amigo, H., Ale, D., Varela, N., Peruga, A., & Bustos, P. (2018). Patrón de tabaquismo y nivel socioeconómico en dos cohortes de adultos jóvenes. *Revista médica de Chile, 146* (2), 168-174. doi: https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000200168

Anderson P., Gual, A., & Colon, J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas.* Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de https://bit.ly/3t1gmKk

Aragón, C., Miquel, M., Correa, M., & Sanchis-Segura, C. (2002). Alcohol y metabolismo humano. *Adicciones, 14*(5), 23-42. Recuperado de https://bit.ly/2NPD7Cu

Arbinaga, F. (2002). Factores de protección ante el uso de tabaco y alcohol en jóvenes menores de edad. *Clínica y Salud, 13*(28), 163-180. Recuperado de https://bit.ly/3lRl7Ef

Arias, F., Calderón, G., Cano, V., & Castaño, G. (2012). Consumo de alcohol y factores de riesgo en estudiantes de dos universidades colombianas. *El ágora USB, 12*(1), 127-141. Recuperado de https://bit.ly/2QCuRa5

Azaustre, M., & Méndez, J. (2013). *Estudio del consumo de alcohol en el alumnado de la Universidad de Huelva: Causas, riesgos y prevención* (Tesis doctoral). Universidad de Huelva, Huelva, España. Recuperado de https://bit.ly/2NJrMng

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://bit.ly/3x8T5sv

Ballén, M., Jagua, A., Álvarez, D., & Rincón, A. (2006). El cigarrillo: Implicaciones para la salud. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 54*(3), 191-205. Recuperado de https://bit.ly/3sbevD3

Bassante, C., & Moreta, R. (2020). *Predisposición cognitiva y búsqueda de sensaciones en el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios de pregrado* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, Ambato, Ecuador. Recuperado de https://bit.ly/3cZ6UkA

Bautista, F., Gómez, V., Aguilar, A., Herrador, M., & Alfaro, A. (2016). *Estudio de prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes universitarios.* San Salvador, El Salvador: UEES Editorial. Recuperado de https://bit.ly/3vWO72e

Betancourth-Zambrano, S., Tacán-Bastidas, L., & Córdova-Paz, E. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud, 19*(1), 37-50. https://doi.org/10.22267/rus.171901.67

Berrocal, N., Ocampo, M., & Herrera, H. (2018). Determinantes sociales en el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios en 2016. *Enfermería Cuidados Humanizados, 7*(2), 12-35. https://doi.org/10.22235/ech.v7i2.1644

Betés, M., Duran M., Mestres, C., & Nogués, M. (2008). *Farmacología para fisioterapeutas.* Madrid, España: Ed. Médica Panamericana. Recuperado de https://bit.ly/2RkbTVJ

Bloomfield, K., Grittner, K., Kramer S., & Gmel, G. (2006). Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'gender, culture and alcohol problems: A multi-national study'. *Alcohol & Alcoholism, 4* (1), 26-36. https://doi.org/10.1093/alcalc/agl073

Bolet, M., & Socorrás, M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana Invest Biomed, 22*(1), 25-31. Recuperado de https://bit.ly/3rhCTSj

Burns, N., & Grove, S. (2004). *Investigación en enfermería.* Madrid, España: Elseiver. Recuperado de https://bit.ly/3dVQqKw

Caballero, R., Madrigal de León, E., Hidalgo, A., & Villaseñor, A. (1999). El consumo de alcohol de tabaco, alcohol y drogas ilegales, en los adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos en Guadalajara. *Revista Salud Mental, 22* (4), 1-8. Recuperado de https://bit.ly/3b0UVTF

Carillo, A., Galarza, S., & Tipán, L. (2020). Análisis socioeconómico de estudiantes y docentes en la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE-Ecuador. *Revista Ciencias Administrativas y Económicas, 11*(2), 59-76. https://doi.org/10.33936/eca_sinergia.v11i2.2278

Carillo, A., Galarza, S., Rojas, K., & Vinueza, J. (2020). Incidencia del nivel socioeconómico de estudiantes universitarios en la cultura organizacional. *Revista Electrónica Tambara, s.d.*(60). 833-848. Recuperado de https://bit.ly/3bA5bST

Carrasco-Farfán, C., Quispe-Nolazco, C., Quispe-Nolazco, J., & Ávalos-Moreyra, L. (2015). Nuevas vías de administración de alcohol en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 32*(4), 817-24. Recuperado de https://bit.ly/3sgpSK7

Castro-Sánchez, M., Puertas-Molero, P., Ubago-Jiménez, J., Pérez-Cortés, A., Linares-Manrique, M., & Zurita-Ortega, F. (2017). Consumo de tabaco y alcohol en universitarios. *Journal of Sport and Health Research, 9*(s.n.), 151-162. Recuperado de https://bit.ly/3l7J8am

Catalán-Vázquez., & Jarillo-Soto, E. (2010). Paradigmas de investigación aplicados al estudio de la percepción pública de la contaminación del aire. *Revista Internacional de Contaminación Ambiental, 26*(2), 165-178. Recuperado de https://bit.ly/3eRE4Um

Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales* (3ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Red de Psiclogía Online. Recuperado de https://bit.ly/3ddz3FK

Cheesman, S., & Suárez, N. (2014). Factores de riesgo y protectores del tabaquismo en estudiantes de la Facultad Ciencias Médicas USAC, Guatemala. *Horizonte sanitario, 13*(3), 223-232. Recuperado de https://bit.ly/3fdbcrh

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2004). *Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención escolar.* Washington, D.C: Organización de los Estados Americanos. Recuperado de https://bit.ly/3tI4YUi

Del Sol Padrón, L., Álvarez, O., & Rivero, J. (2010). Consumo de alcohol. *Finlay, 10*(s.n.), 61-65. Recuperado de https://bit.ly/31djiIc

Díaz, L. (2010). *La observación.* Ciudad de México: UNAM. Recuperado de https://bit.ly/34REIMJ

Domínguez-Berjón, M., Rodríguez, M., Dell'Olmo, S., Prieto-Salceda, M., Duque, I., & Pilar, M. (2014). Uso de indicadores socioeconómicos del área de residencia en la investigación epidemiológica: experiencia en España y oportunidades de avance. Gac Sanit, 28(5), 418–425. doi:10.1016/j.gaceta.2014.04.011

Egúez, V., & Pérez, M. (2017). *Caracterización multivariada del nivel socioeconómico para el área urbana del Ecuador, encuesta de condiciones de vida-ECV, Ronda 2014.* (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado https://bit.ly/3cdjA8c

Escamilla, Z., & Caldera, D. (2013). Análisis de los factores socioeconómicos y psicosociales en mujeres y hombres emprendedores nacientes en México. *Investigación Administrativa,* 42(111), 7-19. Recuperado de https://bit.ly/3slnXnq

Espinosa, B. & Espinosa, R. (2005). Tabaquismo. *Revista Finlay, 10*(s.n.), 33-38. Recuperado de https://bit.ly/3lHsMFc

Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones, 1*(14), 44-61. Recuperado de https://bit.ly/398zSgR

Fantin, M., & Morales, C. (2007). Nivel Socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis, Argentina. *Fundamentos en Humanidades, 8*(15), 133-145. Recuperado de https://bit.ly/3sVZch2

Fernández, C. (2003). Características de los consumidores de drogas recreativas en España y otros países europeos. *Adicciones, 15*(5), 233-259. http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.464

Fernández, C., Fresnillo, C., Fresnillo, G., Robledo de Dios, T., & Fresnillo, A. & (1999). *Prevención del consumo de alcohol y tabaco. Guía didáctica para el profesorado del primer ciclo de ESO.* España: Ministerio de Educación y Formación Profesional. Recuperado de https://bit.ly/31bWTuR

Frago, S., & Sáez, S. (2007). Drogas y sexualidad. Repercusiones en la vida erótica. *Sal de Dudas, s.n.*(5), 133-152. Recuperado de https://bit.ly/3w4emno

Fuentelsaz, C., Icart, M., & Pulpón, A. (2006). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina.* Barcelona: Edicions Universitat Barcelona.

García del Castillo, J., Dias, P., Díaz-Pérez, J., Bastos, A., García-López, Á., López-Sánchez, C., & Maciá, D. (2012). Adaptación de las Escalas de Actitudes hacia el Tabaco, el Alcohol y Otras Drogas en Adolescentes Portugueses. *Health and Addictions, 12*(1), 79-99. Recuperado de https://bit.ly/31QRDwZ

García del Castillo, J., López, C., Quiles, M. (2006). Consumo de alcohol, actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Alicante. Salud y Drogas, 6(2), 149-159. Recuperado de https://bit.ly/3l7b6mw

García, J. (2015). El humo del tabaco y sus efectos adversos. *Revista UNAM, 16*(8), 1-14. Recuperado de https://bit.ly/3rgiwou

González, J., & Manjarrez, M. (2002). *Soluciones para convivir con un alcohólico.* Ciudad de México, México: Editorial Pax. Recuperado de https://bit.ly/3eKAJpX

Guillen, M., & Suárez, C. (2015). *Factores socioeconómicos que influyen en el desempeño académico de los y las estudiantes de la escuela de trabajo social, período mayo –*

septiembre 2014. (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador. Recuperado de https://bit.ly/3vU44WU

Hernández, R, Fernández, C., & Baptista, P. (2014), *Metodología de la Investigación (*6ª ed.). México, McGraw Hill. Recuperado de https://bit.ly/2S0NGEY

Hiscock., R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J., & Munafò, M. (2011). Socioeconomic Status and Smoking: A Review. *Annals of the New York Academy of Sciences, s.d.*, 107-123. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x

Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Enfermería pediátrica.* Barcelona, España: ElSevier. Recuperado de https://bit.ly/336BRyQ

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014). *Compendio de resultados de la encuesta de condiciones de vida ECV 2014.* Recuperado de https://bit.ly/3vOYftP

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico.* Recuperado de https://bit.ly/2QCv11b

Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas. (2007). *Adicción al tabaco.* Recuperado de https://bit.ly/3d2u35z

Jones, L., Bates, J., McCoy, E., & Bellis, M. (2015). Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 15*(400), 1-15. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1720-7

Landero, R., & Villareal, M. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud, 17*(1), 17-23. Recuperado de https://bit.ly/3h9ZbTC

León, F., Orlandoni-Merli, G., Bernal-Luna, Y., Gómez-Balaguera, F., & Amaya-Díaz, L. (2020). Consumo de tabaco en estudiantes universitarios: motivación a la cesación y dependencia. *Revista Lassalista de Investigación, 17*(1), 128-142. https://doi.org/10.22507/rli.v17n1a14

León, J., & Collahua, Y. (2016). *El efecto del nivel socioeconómico en el rendimiento de los estudiantes peruanos: un balance de los últimos 15 años.* En Artera, E.I.R.L. (Ed).

Investigación para el desarrollo del Perú. Once balances (pp- 109-163). Lima, Perú: GRADE.

Londoño, C., Rodríguez, I., & Gantiva, C. (2011) Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Perspectivas en Psicología, 7*(2). 281-291. Recuperado de https://bit.ly/3moeiuk

Londoño, C., Velasco, M., & Pardo, C. A. (2018). Validación del Cuestionario de Clasificación de Fumadores C4 en América Latina. *Health and Addictions, 18*(2), 59-68. doi:10.21134/haaj.v18i2.365

Londoño, C., Velasco, R., & Pardo, C. (2020*). Sistema de clasificación de consumidores de cigarrillo/tabaco.* Bogotá: Universidad Católica de Colombia. Recuperado de https://bit.ly/3urUQ2C

Londoño, P., García, W., Valencia S., & Vinaccia, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología, 21*(2), 259-267. Recuperado de https://bit.ly/39btkxX

López, L. S., & Rodríguez-Arias, P. J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema, 22*(4), 568-573. Recuperado de https://bit.ly/3w2cfAz

López-Roldán, P., & Facheli, S. (2015*). Metodología de la investigación social cuantitativa.* Barcelona, España: Universidad de Barcelona. Recuperado de https://bit.ly/3dwP60s

Machado, E., & Santos, M. (2007). Adolescence and the consumption of psychoactive substances: the impact of the socioeconomic status. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15* (s.n.), 806-811. doi: https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000700015

Mackay, J., & Eriksen, M. (2003). *El atlas del tabaco.* Ginebra: Cetifac - Bioingeniería Uner. Recuperado de https://bit.ly/3sixXxE

Martínez, D. Zuzulich, M. Contreras, L. Cantillano, V. Gyslling, K., & Pedrals, N. (2010). *Hasta cuándo hablamos de drogas: Estrategias preventivas en contextos universitarios.* Chile: Ediciones UC. Recuperado de https://bit.ly/3e9C8aE

Martínez, J., & Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema, 13*(2), 222-228. Recuperado de https://bit.ly/3vUhH8j

Meneses, K., Cisneros, M., & Braganza, M. (2019). Análisis socioeconómico del consumo excesivo de alcohol en Ecuador. *Revista Ciencias de la Salud, 17*(2), 293-308. http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7938

Meneses, K., Cisneros, M., & Braganza, M. (2019). Análisis socioeconómico del consumo excesivo de alcohol en Ecuador. *Revista Ciencias de la Salud, 17* (2), 293-308. doi: https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7938

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Tabaco: Mortífero en todas sus formas.* España: España. Recuperado de https://bit.ly/3lIiDYK

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2017). *Informe sobre alcohol.* Madrid, España: Rumagraf, S. A. Recuperado de https://bit.ly/3lLM7Fm

Molero, A., & Muñoz, J. (2005). *Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. Elseiver, 7*(3), 137-152. https://doi.org/10.1016/S1575-0973(05)74521-9

Montejo, A. (2003). *Sexualidad y salud mental.* Barcelona, España: Editorial Glosa, S.L. Recuperado de https://bit.ly/2QK4rDq

Moreta-Herrera, R., Almache-Moya, A., Vargas-Espín, A., & Vaca-Quintana, D. (2020). Levels and Patterns of Alcohol Consumption: a Descriptive Study in Ecuadorian Teenagers. *Int J Ment Health Addiction, 18*(s.n.), 422–431. doi: https://doi.org/10.1007/s11469-019-00197-9

Moreta-Herrera, R., Mayorga Lascano, M., León-Tamayo, L., & Naranjo-Reyes, T. (2020). Patrones de consumo de alcohol en adolescentes ecuatorianos: ¿Estilo mediterráneo o anglosajón?. *Psicodebate, 20*(1), 30-42. https://doi.org/10.18682/pd.v20i1.956

Moreta-Herrera, R., Mayorga-Lascano, M., Larzabal-Fernández., & Vaca-Quintana, D. (2020). Factor Analysis, Reliability and Validity of a Measurement Model for the Intent of Alcohol Consumption Among Ecuadorian Teenagers. *Health and Addictions, 20* (1), 126-135.

Moreta-Herrera, R., Rodas, J., & Lara-Salazar, M. (2021). Factor Validity of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Using Robust Estimations in Ecuadorian Adolescents. *Alcohol and Alcoholism,* 56(4), 482-489. doi: https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa126

Muñoz, J. (2010). Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad. *Medigraphic, s.d.*, 42-52. Recuperado de https://bit.ly/3vyNPNN

Naghi, M. (2000). *Metodología de la investigación (2ª ed.).* México: Editorial Limusa. Recuperado de https://bit.ly/3chweCL

Naranjo, T., & Moreta, R. (2018). *Relación de la predisposición cognitiva y la búsqueda de sensaciones en el consumo temprano de alcohol en adolescentes escolarizados de 12 a 16 años en la ciudad de Latacunga - Sector Urbano* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, Ambato, Ecuador. Recuperado de https://bit.ly/31pxJJz

Novoa-Gómez, M., Barreto, I., & Silva, L. (2012). Consumo de cigarrillo y prácticas culturales en contextos universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología, 44*(1), 97-110. Recuperado de https://bit.ly/3tNNEgD

Núñez, J. & Ortiz, M. (2010*). APA Diccionario conciso de psicología.* México: El manual moderno. Recuperado de https://bit.ly/2SjfYdv

Organización de las Naciones Unidas. (2011). U*n urges action to curb harmful use of alcohol, reduce drink-related deaths.* Recuperado de https://bit.ly/2P2olIX

Organización Mundial de la Salud (2018). *El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres.* Recuperado de https://bit.ly/3lLdC1F

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas.* Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. Recuperado de https://bit.ly/3aXnjFU

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas.* Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Alcohol. Nota descriptiva.* Recuperado de https://bit.ly/3ch3gmQ

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Factores de riesgo*. Recuperado de https://bit.ly/3tPvU4M

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Informe sobre control del tabaco en la región de las américas. A 10 años del convenio marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco. R*ecuperado de https://bit.ly/2OUtx1M

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018.* Washington, D.C: OMS. Recuperado de https://bit.ly/3cgRedk

Ortega-Ceballos, P., Terrazas-Meraz, M., Arizmendi-Jaime., & Tapia-Domínguez, M. (2018). Conocimientos, actitudes y factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes universitarios de enfermería. *Enfermería Universitaria, 15*(2), 159-171. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.2.65173

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol., 35*(1), 227-232. Recuperado de https://bit.ly/3mr9Pag

Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez-Holguín., & Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones, 23*(1), 53-63. Recuperado de https://bit.ly/3aQ2Piv

Pérez, A. (1995). Naturaleza del humo del tabaco. Farmacología de la nicotina. *Archivos de Bronconeumología, 31*(3), 101-108. https://doi.org/10.1016/S0300-2896(15)30955-8

Pimentel, C., Gomes, T., Vera, A., & Barroca de Moura, G. (2014). Actitud, intención y uso de bebidas alcohólicas. *Acta de Investigación Psicológica, 4*(1), 1356-1369. Recuperado de https://bit.ly/2WZYd53

Polaino-Lorente, A., & De las Heras, J. (2009). *Cómo prevenir el consumo de drogas (7 ª ed.).* Madrid: Ediciones Palabra, S.A. Recuperado de https://bit.ly/2RhgAj6

Prabhakaran, D. K., Nisha, A., & Varghese, P. J. (2018). Prevalence and correlates of sexual dysfunction in male patients with alcohol dependence syndrome: A cross-sectional study. *Indian Journal of Psychiatry, 60*(1), 71–77. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_42_17

Rebolledo, M., Escalante, M., Espitia, S., & Carmona, Z. (2012). Tipos de tabaquismo como factor de riesgo asociado a cáncer bucal. Reporte de dos casos. *Salud Uninorte, 28*(3), 438-444. Recuperado de https://bit.ly/3lGI8ty

Reddy-Jacobs, C., Téllez-Rojo, M., Meneses-González, F., Campuzano-Rincón, J., & Hernández-Ávila, M. (2006). Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. *Salud Publica México, 48* (1), 83-90. Recuperado de https://bit.ly/3tZDmKV

Rizo-Baeza, M., Noreña-Peña, A., Vázquez-Treviño., Kuzmar, I. & Cortés-Castell, E. (2018). Factores de riesgo de consumo de tabaco en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Hipertensión, 13*(5), 354-359. Recuperado de https://bit.ly/3favwK2

Roales-Nieto, J., López, F., & Moreno, Em. (2001). Características del consumo de tabaco. Un estudio transversal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 1*(1), 79-91. Recuperado de https://bit.ly/397v3nO

Rodríguez, J. (2015). *El Rendimiento Escolar y la Intervención del Trabajo Social* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de https://bit.ly/398qolR

Rodriguez, M., Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista Médica Sanitas, 21*(3), 141-146. https://doi.org/10.26852/01234250.20

Roldán, J., Frauca, C., & Dueñas, A. (2003). Intoxicación por alcoholes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 26*(1), 129-139. Recuperado de https://bit.ly/3st9WUZ

Roldan, L. (2014). *Los factores socioeconómicos y su relación con el nivel de violencia escolar de los alumnos de grado undécimo 1 y 2 en la escuela Industrial 20 de Julio del Municipio de Puerto Wilches Santander – Colombia, año 2014.* (Tesis de maestría). Universidad Nobert Wiener, Lima, Perú. Recuperado de https://bit.ly/2PjWOCS

Samet, J. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México, 44*(s.n.), 144-160. Recuperado de https://bit.ly/3rgJRaf

Sánchez-Arias, A., Bobadilla-Serrano, M., Dimas-Altamirano, B., Gómez-Ortega, M., & González-González, G. (2016). Enfermedad cardiovascular: Primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Revista Mexicana de Cardiología, 27*(3), 98-102. Recuperado de https://bit.ly/39chzqW

Sánchez, D. (2020). *La regulación emocional y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes de la provincia de Tungurahua.* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato. Recuperado de https://bit.ly/2WWBis2

Sánchez-Hernandez, C., & Pillon, S. (2011). Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*(s.n.), 730-737. Recuperado de https://bit.ly/2QLqXf9

Scopetta, O. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: Características y tendencias.* Bogotá, Colombia: Dirección Nacional de Estupefacientes. Recuperado de https://bit.ly/3f0XypJ

Sedronar. (2017). *Tabaco-Alcohol Intensidad del consumo. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas.* Argentina. Recuperado de https://bit.ly/3vn68W7

Shoemaker, W., Ayres, S., Grenvik, A., & Holdbrook, P. (2002). *Tratado de medicina crítica y terapia intensiva.* Madrid, España: Ed. Médica Panamericana. Recuperado de https://bit.ly/2RkCD8U

Solano, S., & Jimenez, S. (2010). *Manual de tabaquismo.* Madrid, España: Elseiver. Recuperado de https://bit.ly/3vAkJgW

Tanja, K., & Quintero, C. (2016). Efectos neurobioquímicos de la nicotina en el cerebro humano. *Revista 16 de abril, 54*(260), 31-41. Recuperado de https://bit.ly/3f3fuS6

Téllez, J., & Cote, M. (2006). Alcohol etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Revista de la Facultad de Medicina (Bogotá), 54*(1), 32-47. Recuperado de https://bit.ly/3vR0tbT

Telumbre-Terrero, J., & Sánchez-Jaimes, B. (2015). Consumo de alcohol en adolescentes del estado de guerrero, México. *Salud y drogas, 15*(1), 79-86. Recuperado de https://bit.ly/2PAttV3

Toxipedia. (2014). *Ethyl alcohol*. Seattle, Washington. Recuperado de https://bit.ly/3cfGP1G

Universidad Agraria del Ecuador. (2016). *Guía metodológica para trabajos de titulación. Proyectos de investigación y desarrollo trabajos experimentales.* Guayaquil: Facultad de Ciencias Agrarias. Recuperado de https://bit.ly/3dTnbbq

Universidad Técnica de Cotopaxi. (2020). *Historia UTC.* Latacunga. Recuperado de https://bit.ly/3utw5D6

Valenzuela, C., & Echeverría, W. (2017). *Validación de la versión ecuatoriana del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)* (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito. Obtenido de https://bit.ly/3v1lEa1

Velasco, A. (2014). Farmacología y toxicología del alcohol etílico, o etanol. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, 51*(s.n.), 241-248. Recuperado de https://bit.ly/3lKcyeh

Vera, J., Tánori, J., Valdés, A., Martínez, L., & Martínez, E. (2014). Modelo de medición de la intención de consumo de alcohol en adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology, 48*(2), 315-327. Recuperado de https://bit.ly/3rSoyfk

Vera-Romero, O., & Vera-Romero, F. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 6*(1), 41-45. Recuperado de https://bit.ly/3cfKWe7

Wiese, L. (2018). *Factores socioeconómicos que influyen en la calidad de vida de inmigrantes venezolanos en una institución migratoria, Lima, 2018.* (Tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de https://bit.ly/3tNLqhh

Wiesner, C., & Peñaranda, D. (2001). *Encuesta mundial sobre tabaquismo en jóvenes reporte de Colombia.* Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología. Recuperado de https://bit.ly/3t4bvIg

Zabert, G., & Verra, F. (2005). *Estudio F.U.M.Ar (fumar en universitarios de medicina en Argentina) Informe final.* Recuperado de https://bit.ly/3ff0yk1

Zinser, J. (2014). Tabaquismo. *Revista Ciencia, 1*(65), 40-49. Recuperado de https://bit.ly/3vUc8qr

ANEXOS

ANEXO 1: Hoja de presentación de la batería y datos generales del participante

Pontificia Universidad Católica del Ecuador | Sede Ambato

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: FACTOR SOCIECONÓMICO Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN UNIVERSITARIOS DE LATACUNGA

BATERÍAS DE EVALUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y PSICOLÓGICA

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Fecha de evaluación: _____

Semestre / nivel: _____

INSTRUCCIONES

- Estos cuestionarios investigan algunos datos sociodemográficos, psicológicos y personales, así como de la percepción sobre el consumo de alcohol y tabaco y su predisposición.
- Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste con la verdad.
- NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS, por tanto, no se preocupe por calificaciones.
- NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER, a excepción de ciertas indicaciones.
- La información que proporcione será CONFIDENCIAL.

Agradecemos su participación.

ANEXO 2: Carta de Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, se solicita su autorización para incluirlo como participante en la investigación acerca del "Factor socioeconómico y su relación en el consumo de alcohol y tabaco en universitarios de Latacunga". La presente investigación se llevará a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2021. La presente investigación es dirigida por el Ps. Rodrigo Moreta Herrera y ejecutada por Kevin Molina Sáenz. El objetivo de esta investigación consiste en determinar la relación existente entre el factor socioeconómico y el consumo de alcohol y tabaco en universitarios de Latacunga.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en esta investigación, así como para usar la información obtenida de su participación con fines científicos. En el caso de su aceptación Ud. Tendrá que rellenar fichas de evaluación sociodemográfica e instrumentos de medición entorno a las temáticas señaladas, La colaboración en este estudio no le quitará mucho de su tiempo. Su participación será anónima, y su nombre no aparecerá de ningún modo, ni en los instrumentos, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará sus nombres. Los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos, y será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto de investigación. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted recurra al Departamento de Posgrados de Psicología de la PUCE Ambato para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, marque con un visto la casilla de autorización.

☐ Autorizo ser encuestado para la investigación del Departamento de Posgrados de Psicología.

Cédula de Ciudadanía										

ANEXO 3: Ficha Ad Hoc Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

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**: Masculino __ Femenino __

3. Ciudad de Procedencia: _____ **4. Ciudad Domicilio Actual:** _____

5. Sector del domicilio: Urbano __ Rural__

6. Identificación Étnica:

Mestizo(a) __ Indígena__ Afro __ Blanco(a) __

7. Estado Civil:

Soltero/a__ Unión Libre __ Casado/a__ Separado/a __ Divorciado/a__ Viudo/a __

8. Identificación Religiosa:

Católico(a) ___Cristiano(a)/Evangélico(a) ___Testigo de Jehová ___Mormón__Creyente sin identificación religiosa ___ Ateo ___Otra identificación __ ¿Cuál?_____

9. Con quién vive actualmente:

Solo __ Con mis padres ____ Otro __ ¿Cuál?_____

10. ¿Cómo es la relación con los miembros de su familia?

Muy bueno _____ Bueno___ Regular____ Malo_____

11. ¿Usted posee en la actualidad algún problema de salud mental o psicológico significativo? ¿Este problema ha sido diagnosticado por un profesional?

Si ¿cuál? _____ No ____

ESCOLARIDAD

12. Rendimiento Académico:

Sobresaliente ___ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Deficiente ___

13. Repite algún año: Si _____ No _____

ECONOMÍA Y TRABAJO

14. Situación socio-económica familiar:

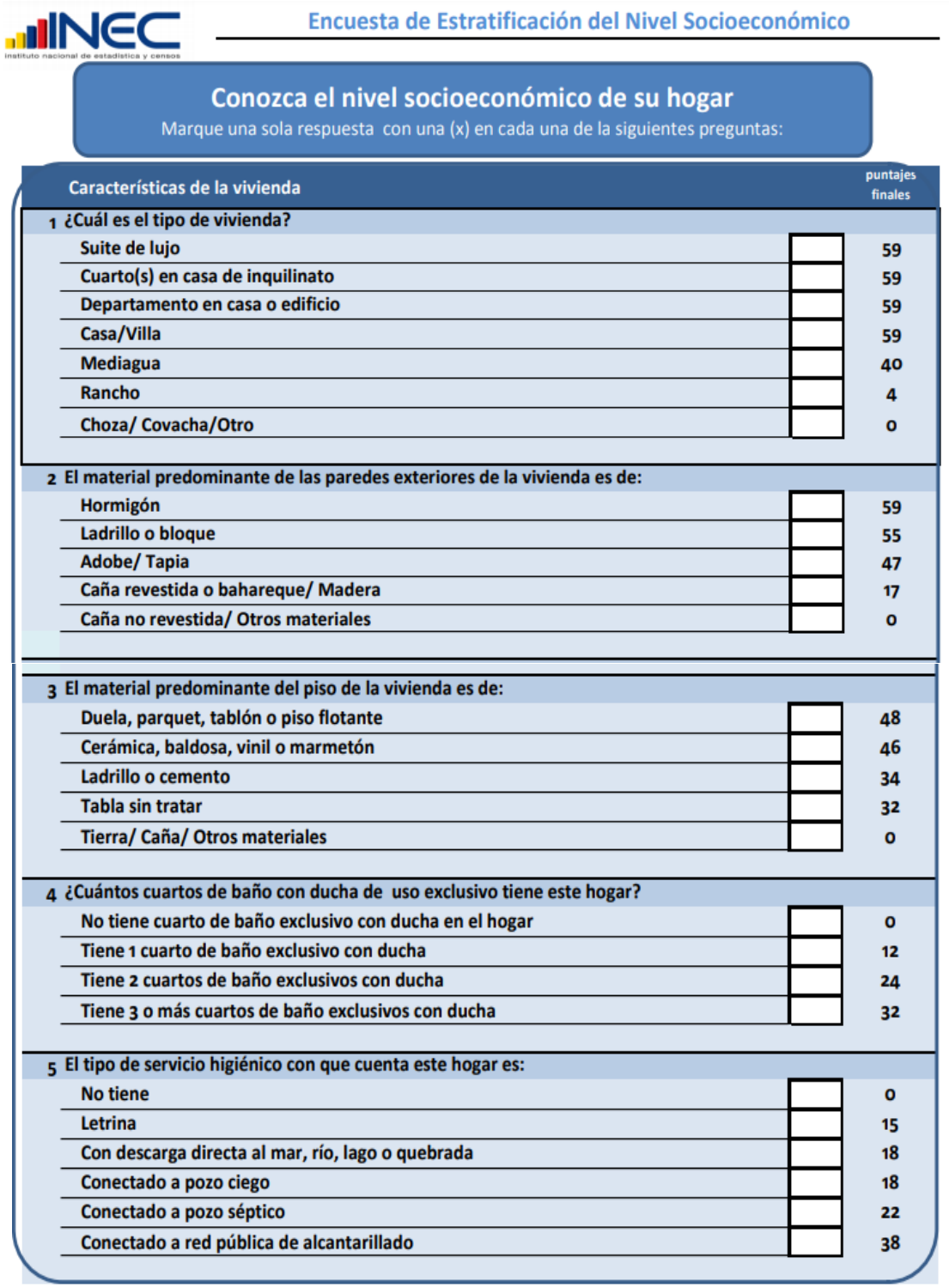
Mala__ Regular__ Buena__ Muy buena___

15. Situación académica y laboral del estudiante:

Estudio y no trabajo ___		
Estudio y trabajo ___	¿Cuántos días trabaja por semana?	
	¿Cuántas horas trabaja por día?	

ANEXO 4: Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Marque una sola respuesta en cada una de las siguientes preguntas:



INEC
instituto nacional de estadística y censos

Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo		59
Cuarto(s) en casa de inquilinato		59
Departamento en casa o edificio		59
Casa/Villa		59
Mediagua		40
Rancho		4
Choza/ Covacha/Otro		0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón		59
Ladrillo o bloque		55
Adobe/ Tapia		47
Caña revestida o bahareque/ Madera		17
Caña no revestida/ Otros materiales		0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante		48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón		46
Ladrillo o cemento		34
Tabla sin tratar		32
Tierra/ Caña/ Otros materiales		0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar		0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha		12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha		24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha		32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene		0
Letrina		15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada		18
Conectado a pozo ciego		18
Conectado a pozo séptico		22
Conectado a red pública de alcantarillado		38

Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No		0
Sí		45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No		0
Sí		35
3 ¿Tiene computadora portátil?		
No		0
Sí		39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar		0
Tiene 1 celular		8
Tiene 2 celulares		22
Tiene 3 celulares		32
Tiene 4 ó más celulares		42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No		0
Sí		19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No		0
Sí		29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No		0
Sí		30
4 ¿Tiene lavadora?		
No		0
Sí		18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No		0
Sí		18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar		0
Tiene 1 TV a color		9
Tiene 2 TV a color		23
Tiene 3 ó más TV a color		34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar		0
Tiene 1 vehículo exclusivo		6
Tiene 2 vehículo exclusivo		11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos		15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No		0
Sí		6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No		0
Sí		26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No		0
Sí		27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No		0
Sí		28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No		0
Sí		12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios		0
Primaria incompleta		21
Primaria completa		39
Secundaria incompleta		41
Secundaria completa		65
Hasta 3 años de educación superior		91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)		127
Post grado		171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No		0
Sí		39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No		0
Sí		55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas		76
Profesionales científicos e intelectuales		69
Técnicos y profesionales de nivel medio		46
Empleados de oficina		31
Trabajador de los servicios y comerciantes		18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros		17
Oficiales operarios y artesanos		17
Operadores de instalaciones y máquinas		17
Trabajadores no calificados		0
Fuerzas Armadas		54
Desocupados		14
Inactivos		17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

⇩

suma de puntajes finales

ANEXO 5: Cuestionario de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de alcohol. Lea cuidadosamente cada una de ellas y coloque una "X" en la respuesta que más se acerque a su realidad.

1. ¿Qué tan frecuente consume alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino) ( ) Nunca ( ) Una o menos veces al mes ( ) De 2 a 4 veces al mes ( ) De 2 a 3 veces a la semana ( ) De 4 o más veces a la semana Si contestó nunca, pase a la pregunta 9 y 10	**6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebió la mañana siguiente después de que bebió en exceso el día anterior** ( ) Nunca ( ) Menos de una vez al mes ( ) Mensualmente ( ) Semanalmente ( ) A diario o casi a diario
2. ¿Cuántas bebidas toma en un día típico de los que bebe? ( ) 1 o 2 ( ) 3 o 4 ( ) 5 o 6 ( ) 7, 8 o 9 ( ) 10 o mas	**7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?** ( ) Nunca ( ) Menos de una vez al mes ( ) Mensualmente ( ) Semanalmente ( ) A diario o casi a diario
3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebe? ( ) Nunca ( ) Menos de una vez al mes ( ) Mensualmente ( ) Semanalmente ( ) A diario o casi a diario	**8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?** ( ) Nunca ( ) Menos de una vez al mes ( ) Mensualmente ( ) Semanalmente ( ) A diario o casi a diario
4. Durante este último año ¿Le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que ya había empezado? ( ) Nunca ( ) Menos de una vez al mes ( ) Mensualmente ( ) Semanalmente ( ) A diario o casi a diario	**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
5. Durante este último año ¿Qué tan frecuentemente dejo de hacer algo que debería de haber hecho por beber? ( ) Nunca ( ) Menos de una vez al mes ( ) Mensualmente ( ) Semanalmente ( ) A diario o casi a diario	**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?** ( ) No ( ) Sí, pero no en el curso del último año ( ) Sí, el último año

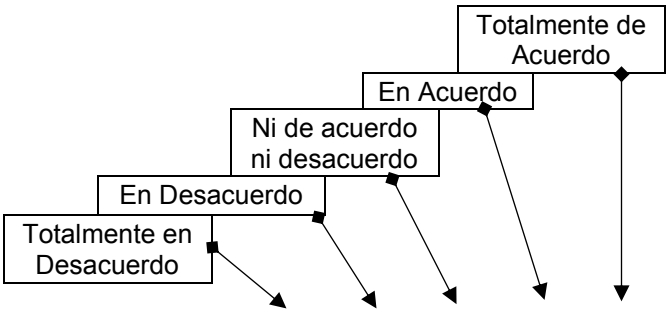
ANEXO 6: Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo para Jóvenes (C4)

Las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de tabaco. Lea cuidadosamente cada una de ellas y coloque una "X" en la respuesta que más se acerque a su realidad.

1.	**¿Actualmente fuma?**	**SI**	**NO**
2.	¿Ha fumado por más de seis meses alguna vez en su vida?	SI	NO
3.	¿Hace cuánto tiempo empezó a fumar? Marque con una "X"		
	( ) Menos de un año ( ) Entre 3 y 5 años ( ) Un año ( ) Más de 5 años ( ) Más de un año ( ) Más de 10 años		
4.	¿Cuántos cigarrillos fuma en un día normal de consumo?		
	( ) 10 o menos ( ) 21 a 30 cigarrillos ( ) 11 a 20 cigarrillos ( ) 31 o más		
5.	¿Cuánto tarda, después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?		
	( ) Menos de 5 minutos ( ) Entre 31 minutos y 1 hora ( ) Entre 6 a 10 minutos ( ) Más de una hora		
6.	¿Cómo fuma los cigarrillos?		
	( ) Traga el humo ( ) Tiene el humo en la boca		
7.	¿Desearía dejar de fumar?	SI	NO
8.	¿Ha intentado dejar de fumar?	SI	NO
9.	¿Fumar le ha acarreado problemas de salud?	SI	NO
10.	¿Cuándo deja de fumar un cigarrillo habitual, experimenta: (marque el número de opciones que crea necesario)		
	( ) Irritabilidad o ira ( ) Dolor de cabeza ( ) Impaciencia ( ) Tensión o ansiedad ( ) Dificultad para concentrarse ( ) Somnolencia		
11.	¿Alguien de su familia le ha pedido que deje de fumar?	SI	NO
12.	¿Algún profesional de la salud le ha sugerido que deje de fumar?	SI	NO
13.	¿Encuentra difícil dejar de fumar en sitios donde está prohibido?	SI	NO
14.	¿Encuentra difícil dejar de fumar aun cuando está enfermo?	SI	NO
15.	¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?		
	( ) Al primero de la mañana ( ) Al de después de almuerzo ( ) Al que acompaña un trago ( ) Al último de la noche ( ) Al de antes de un parcial		

ANEXO 7: Escala de Medición de la Intención de Consumo de Alcohol

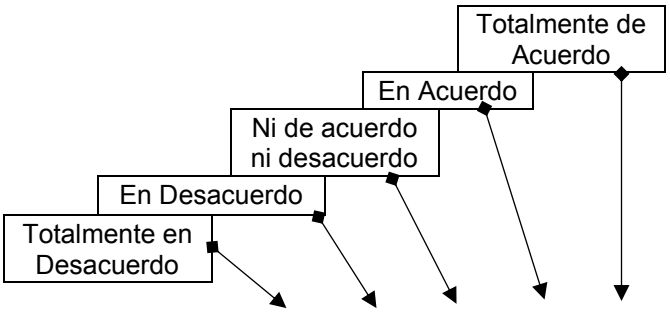
A continuación, encontrará algunas cuestiones relativas a las opiniones personales sobre el consumo de alcohol. Responda con un círculo con el grado en que concuerda estas cuestiones con su realidad.



En tu opinión ¿Consumir alcohol…		***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1	te permitiría hacer cosas diferentes?	1	2	3	4	5
2	te liberaría de las presiones?	1	2	3	4	5
3	te permitiría superar la inseguridad?	1	2	3	4	5
4	te serviría para desahogar tus penas?	1	2	3	4	5
5	te ayudaría a tener la aceptación de tus amigos?	1	2	3	4	5
¿Probarías bebidas alcohólicas desconocidas…						
6	Si pudieras adquirirlo sin correr riesgo?	1	2	3	4	5
7	Si supieras como prepararlo y consumirlo?	1	2	3	4	5
8	Si pudieras conseguir fácilmente?	1	2	3	4	5
9	Si estuvieras seguro de que no te vas a emborrachar?	1	2	3	4	5

ANEXO 8: Cuestionarios de Actitudes Hacia el Alcohol y Tabaco

A continuación, encontrará algunas cuestiones relativas al consumo de alcohol y tabaco. Responda con un círculo con el grado en que concuerda estas cuestiones con su realidad.



#	Cuestionario	*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

#	Cuestionario	*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