

“PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR”

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN MEDICINA FAMILIAR

**“CARACTERÍSTICAS FAMILIARES ASOCIADAS AL CONSUMO DE
DROGAS ILÍCITAS EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD
EDUCATIVA FISCAL “MANUEL INOCENCIO PARRALES Y GUALE” DE
JIPIJAPA”.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORES:

FIENCO BACUSOY JUDITH VIVIANA

MERO GÓMEZ CARMEN ELIZABETH

DIRECTORA DE TESIS: DRA. VIRGINIA RUIZ V.

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. HUGO PEREIRA O.

PORTOVIEJO, 2016

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento está dirigido en primer lugar a quien ha forjado mi camino, a Dios, el que me ha permitido tener este triunfo profesional.

Agradezco a mis Padres y hermanos, quienes vivieron conmigo cada noche de desvelo y esfuerzo, brindándome ayuda en todos los sentidos.
Gracias Mamá.

Mil gracias a la directora de tesis, al tutor metodológico y a los tutores del postgrado ya que sin sus conocimientos, orientaciones y paciencia no sería lo que soy ahora, un Médico Familiar

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a quien cambió mi vida desde el primer momento, mi motor y felicidad, tú mi adorada Maia

Judith Fienco Bacusoy

AGRADECIMIENTO

Después de un largo y duro recorrido a la vez muy enriquecedor, ya que me permitió crecer como médico, persona. Quiero agradecer a Dios por poner en este recorrido a mis estimados y queridos tutores que con sus sabias enseñanzas forjaron mi camino como médico familiar, agradecer también a mi esposo que estuvo en cada momento con su apoyo incondicional.

Quiero agradecer a la Universidad Pontificia Católica del Ecuador por brindarme los conocimientos científicos más actualizados mediante sus ilustres docentes que día a día nos acompañaron en nuestra formación.

Gracias a todos porque sin ellos no se hubiera podido realizar este trabajo.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado primeramente a Dios por darme fortaleza y salud para culminar con unos de mis objetivos, a mis tutores por sus sabias enseñanzas, a mi esposo y padres que estuvieron en cada momento brindándome su apoyo incondicional.

Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado, un esfuerzo total es una victoria completa.

Mahatma Gandhi

Carmen Mero Gómez

ABREVIATURAS

ASIS.- Análisis Situacional Integral de Salud

ASSIST.- Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias

DSM-IV-TR.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

CONSEP.- Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas

FF-SIL.- Test de funcionamiento familiar

IC95%.- Intervalo de confianza al 95%

NIH.- Instituto Nacional de Salud

OMS.- Organización Mundial de la Salud

OR.- Odds ratio o razón de momios

UNODC.- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito

VIH.- Virus de inmunodeficiencia humana

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Cálculo de valores para el muestreo aleatorio

Tabla N° 2. Determinación de la muestra de los estudiantes por niveles educativos

Tabla N° 3. Tabla 3.- Distribución, en número y porcentaje de las características familiares de los estudiantes que participaron del estudio. Jipijapa, septiembre 2016

Tabla N° 4. Distribución, en número y porcentaje de consumo de sustancias ilícitas en forma general en los estudiantes que participaron del estudio. Jipijapa, septiembre 2016

Tabla N° 5. Tabla 5.- Relación entre consumo de drogas y características sociales de los participantes del estudio.

Tabla N° 6. Relación entre consumo de cannabis y características sociales de los participantes del estudio.

Tabla N° 7. Relación entre consumo de cocaína y características sociales de los participantes del estudio.

Tabla N° 8. Relación entre consumo de anfetaminas y características sociales de los participantes del estudio.

Tabla N° 9. Relación entre consumo de inhalantes y características sociales de los participantes del estudio.

Tabla N° 10. Relación entre consumo de tranquilizantes y características sociales de los participantes del estudio.

Tabla N° 11. Relación entre consumo de alucinógenos y características sociales de los participantes del estudio.

Tabla N° 12. Relación entre consumo de opiáceos y características sociales de los participantes del estudio.

Tabla N° 13. Relación entre consumo de H y características sociales de los participantes del estudio.

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico N° 1.- Distribución de la población estudiada según edad y sexo

Grafico 2.- Edad y consumo de drogas en los participantes del estudio

Grafico 3.- Asociación entre el puntaje del test FF-SIL y consumo de drogas en los participantes del estudio

Contenido

1. CAPÍTULO 1	13
1.1. INTRODUCCIÓN	13
1.2. JUSTIFICACIÓN	15
1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.4. OBJETIVOS	16
1.4.1. Objetivo general	16
1.4.2. Objetivos específicos	17
1.5. HIPÓTESIS	17
2. CAPÍTULO 2	18
2.1. Marco teórico	18
2.1.1. Sustancias ilícitas	18
2.1.2. Sistema educativo	22
2.1.3. La familia	23
2.1.4. La adolescencia	27
2.1.5. ASSIST	30
2.1.6. Cuestionario de funcionalidad familiar (FF-SIL)	31
3. CAPÍTULO 3	32
3.1. Metodología	32
3.1.2. Muestra	32
3.1.3. Criterios de inclusión	34
3.1.4. Criterios de exclusión	34
3.1.5. Tipo de estudio	35
3.2. Instrumentos	35
3.3. Recolección de datos	36
3.4. Operacionalización de las variables	38
3.5. Análisis estadístico	41
3.6. Aspectos bioéticos	41
4. CAPÍTULO	42
4.1. Resultados	42
4.1.1. Datos demográficos	42
4.1.2. Características de las familias de los adolescentes	43
4.1.3. Características del consumo de drogas ilícitas	43
4.1.4. Relación entre edad y consumo de drogas	44

4.1.5.	Asociación entre el puntaje del test FF-SIL y consumo de drogas en los participantes en el estudio.....	45
4.1.6.	Asociación entre el consumo de drogas y características familiares de los participantes en el estudio.....	46
4.1.7.	Asociación entre el consumo de cannabis y características familiares de los participantes en el estudio.....	48
4.1.8.	Asociación entre el consumo de cocaína y características familiares de los participantes en el estudio.....	49
4.1.9.	Asociación entre el consumo de anfetaminas y características familiares de los participantes en el estudio.....	51
4.1.10.	Asociación entre el consumo de inhalantes y características familiares de los participantes en el estudio.....	52
4.1.11.	Asociación entre el consumo de opiáceos y características familiares de los participantes en el estudio.....	53
4.1.12.	Asociación entre el consumo de H y características familiares de los participantes en el estudio.....	54
5.	CAPÍTULO 5.....	56
5.1.	DISCUSIÓN.....	56
6.	CAPÍTULO 6.....	62
6.1.	CONCLUSIONES.....	62
7.	CAPÍTULO 7.....	64
7.1.	RECOMENDACIONES.....	64
7.2.	LIMITACIONES.....	65
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	66
9.	ANEXOS.....	79
9.1.	ANEXO 1.....	79
9.2.	ANEXO 2.....	80
	Pregunta 2.....	81
	Pregunta 3.....	81
	Pregunta 4.....	82
	Pregunta 5.....	82
	Pregunta 6.....	83
	Pregunta 8.....	83
9.3.	ANEXO 3.....	85
9.4.	ANEXO 4.....	87

RESUMEN

Introducción: El consumo de drogas se presenta con mayor incidencia en la adolescencia. El sistema familiar juega un papel importante, tanto es así que de acuerdo a la teoría de Jessor “la externalización de problemas se predice por la interacción entre los factores protectores y de riesgo en el sistema familiar”.

En el Análisis Situacional Integral de Salud realizado en la ciudadela LA FAE del cantón Jipijapa, se especificó que el consumo de drogas ilícitas en las instituciones de educación secundaria es un problema en aumento. No existen datos estadísticos a nivel local por lo que es necesario realizar un estudio que permita levantar datos estadísticos y construir una línea de base para generar actividades para la prevención de adicciones.

Objetivo: Identificar las características de las familias de los adolescentes que consumen drogas ilícitas

Metodología: estudio analítico de corte transversal, realizado en la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del cantón Jipijapa en una muestra de 343 jóvenes entre 10 a 19 años. Se usó el test ASSIST para establecer los patrones de consumo de sustancias ilícitas, el cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL y preguntas para determinar características familiares.

Conclusión: Se presentó una prevalencia elevada de consumo de drogas. El uso de sustancias ilícitas, como el cannabis, la cocaína y la sustancia H en los estudiantes jipijapenses, se asocian a los factores de riesgo: pertenecer a familias monoparentales, disfuncionales y convivir con familiares consumidores de drogas.

Palabras claves: adolescentes, abuso de drogas, características familiares, factores de riesgo.

SUMMARY

Introduction: Adolescent present increased incidence in drug consumption. The family system plays an important role, so much so that Jessor's theory "the externalizing of problems can be predicted by the interrelation between protective factors and risk factors in the family system".

In the Situational Integral Health analysis conducted in the complex LA FAE in cantón Jipijapa, was specified that illegal drug consumption in secondary educational is an increasing problem. There is no statistic data, which reflects the need to create a study that will allow raising statistical data in order to build a baseline in order to generate activities for the prevention of drug addiction.

Objective: Identify the characteristics of families with adolescents who consume illegal drugs.

Methodology: transversal type analytical study, conducted in the Unidad Educativa Fiscal "Manuel Inocencio Parrales y Guale" in Jipijapa a sample of 343 youngsters ranging from 10 to 19 years old. The ASSIST test was utilized to establish the patterns of illegal drug consumption, the Funcionamiento Familiar FF-SIL questionnaire and questions to determine the family characteristics.

Conclusion: A high prevalence of drug consumption was observed. The use of illegal drugs, such as cannabis, cocaine and substance H amongst the jipijapenses students, linked to risk factors were: being in a single parent household, dysfunctional family and living with family members who also consume drugs.

Keywords: adolescents, drug abuse, family characteristics, risk factors.

1. CAPÍTULO 1

1.1. INTRODUCCIÓN

En el informe mundial sobre drogas 2015 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito se estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013. El Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), en la cuarta encuesta en estudiantes de 12 a 17 años efectuado en el año 2012, determinó que la prevalencia de vida del consumo de estimulantes fue del 3,8%, en inhalantes 3,5%, marihuana 6,7%, pasta 1,2%, cocaína 2,2%, heroína 0,9% y el consumo de éxtasis 1%; este estudio se efectuó en 36 ciudades, donde se escogieron 170 colegios con un total de 39.634 estudiantes a nivel nacional. (UNODC, 2015) (Moran, 2016)

El consumo de drogas se presenta con mayor incidencia en la adolescencia y con aumento de la dependencia en la edad adulta. Entre los adolescentes la marihuana es la droga más consumida. El consumo de drogas tiene consecuencias desfavorables para la salud y la calidad de vida ya que conduce a una disminución del rendimiento académico, aumenta el riesgo de contraer VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, además se relaciona con trastornos psiquiátricos, síntomas depresivos e incrementa el riesgo de desarrollo de conducta violenta (Birhanu, Bisetegn, & Woldeyohannes, 2014) (Schmits, Maurage, Thirion, & Quertemont, 2015).

El sistema familiar juega un papel importante en el desarrollo de los adolescentes, tanto es así que de acuerdo a la teoría de Jessor “la externalización de problemas

(fumar, alcohol y uso de drogas) se predice por la interacción entre los factores protectores y de riesgo en el sistema familiar”, El orden genético y el entorno donde se desarrolla el individuo influyen en el consumo de drogas y su posterior dependencia. **(Bonnaire, Bastard, Couteron, Har, & Phan, 2014) (Danzer, 2013).**

En torno a este problema de salud existen factores de protección y factores de riesgo que determinan la conducta del adolescente ante el consumo de drogas. Se define como factor de protección “factores para reducir directamente la probabilidad de resultados adversos” y factor de riesgo “predictores potenciales que aumentan la probabilidad de que un individuo o grupo desencadene resultados adversos” **(Hemphill et al., 2011)**

Entre los factores protectores familiares se encuentran el no tener un familiar de primer grado que consuma drogas, alto grado de supervisión de los padres, apego familiar, vivir en familias biparentales, mayor educación de los padres y mayor expectativa de los padres acerca de la escuela de sus hijos. Los factores de riesgo incluyen tener antecedentes familiares de comportamiento social, reglas y roles permeables, familias monoparentales, consumo de drogas de padres y hermanos. **(López-Quintero & Neumark, 2015), (Birhanu et al., 2014)**

El Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) de la Organización Mundial de la Salud, demostró ser una herramienta muy útil para la detección de los individuos que consumen drogas; identificar el patrón de consumo y localizar de aquellos que necesitan intervenciones. Este test consta de ocho preguntas que se requiere de aproximadamente entre 5 y 10 minutos para su llenado. Para cada sustancia se indica la puntuación de riesgo que permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada

caso se determina la intervención más adecuada (Pérez Moreno, Calzada Álvarez, Rovira Guardiola, & Torrico Linares, 2012) (Rubio Valldolid et al., 2014).

1.2. JUSTIFICACIÓN

El Plan Nacional de Prevención Integral y Control de Drogas 2009 – 2012 para Ecuador, señala que las drogas lícitas de mayor consumo son alcohol y tabaco y las drogas ilícitas son marihuana, estupefacientes y pasta base. La edad promedio para el inicio en el consumo de sustancias ilícitas es de 13 años.

En la sección de riesgos sociales contemplado en el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) realizado en Jipijapa, se especifica que el consumo de drogas ilícitas en las instituciones de educación secundaria es un problema en aumento; bajo estas consideraciones y ante la falta de datos estadísticos a nivel local, acerca de si existe relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de factores de riesgo relacionados con características familiares y nivel socio económico, se hace necesario la realización de este estudio, en razón a la repercusión que se presenta, no solo a nivel individual y familiar con efectos que pueden ser devastadores para el individuo, su familia y el conjunto social, sino también en la forma que repercuten sobre la estructura del Sistema Sanitario.

La finalidad del presente estudio fue detectar en los adolescentes el consumo de drogas ilícitas y establecer las características familiares inmersas en los adolescentes consumidores, de tal forma que la investigación brinde información pertinente para el diseño de intervenciones poblacionales en los factores de riesgo identificados a fin de

asegurar en mayor medida la prevención de problemáticas que generan morbilidad y mortalidad por comportamientos adultos que pueden ser prevenibles desde la adolescencia.

Una vez socializados los resultados del estudio, se propondrá trabajar en conjunto con profesores, padres de familia, psicólogos y médicos. Se espera que los beneficiarios directos, por la acción de los profesionales de la salud y de la educación, sean los propios adolescentes y sus familias.

1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características familiares presentes en los adolescentes que consumen drogas ilícitas en la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del cantón Jipijapa?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Identificar las características de las familias de los adolescentes que consumen drogas ilícitas en la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del cantón Jipijapa.

1.4.2. Objetivos específicos

- Medir la prevalencia del consumo de drogas ilícitas en la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del cantón Jipijapa
- Identificar el tipo de familia que se asocia al consumo de drogas en los adolescentes.
- Definir la funcionalidad familiar en los adolescentes consumidores de drogas ilícitas.
- Determinar los antecedentes familiares de consumo de drogas en los adolescentes consumidores de drogas ilícitas.
- Establecer la edad avanzada para el nivel escolar en los adolescentes consumidores de drogas ilícitas.
- Identificar el nivel de educación de los padres en los adolescentes consumidores de drogas ilícitas.

1.5. HIPÓTESIS

Las familias monoparentales, familias disfuncionales, antecedentes familiares de consumo de drogas, edad avanzada del adolescente para el nivel escolar y bajo nivel de educación de los padres son características familiares presentes en las familias de los adolescentes que consumen drogas ilícitas.

2. CAPÍTULO 2

2.1. Marco teórico

2.1.1. Sustancias ilícitas

2.1.1.1. Definición

Según la OMS, toda sustancia administrada de forma oral, inhalación, intravenosa entre otras vías de administración, que introducida en el organismo, provoca alteraciones del funcionamiento fisiológico del sistema nervioso central del individuo y es susceptible a la dependencia ya sea física, psicológica o ambas. El Manual de Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) manifiesta que el abuso de sustancias requiere un patrón desadaptativo de consumo que conlleva alteraciones o deterioro clínicamente significativo. (Taylor & Grossberg, 2012) (Fernández-Artamendi & Weidberg, 2016).

2.1.1.2. Epidemiología

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito estimó que 246 millones de personas, o uno de cada 20 individuos de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en el año 2013. A nivel de Ecuador el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) en 2012 realizó la cuarta encuesta, que reveló datos interesantes en estudiantes de 12 a 17 años. La encuesta efectuada en 36 ciudades, donde participaron 170 colegios y 39.634 estudiantes estipuló que la prevalencia de vida del consumo de estimulantes fue del

3,8%, inhalantes 3,5%, marihuana 6,7%, pasta 1,2%, cocaína 2,2%, heroína 0,9% y el consumo de éxtasis 1% (UNODC, 2015) (Moran, 2016).

2.1.1.3. Principales conceptos

Uso: afinidad que establece una persona con elementos psicoactivos, pero sin producir vínculos de necesidad; no exterioriza ninguna manifestación de angustia frente a la falta de la droga. El individuo no presenta ningún tipo de conducta inadecuada para conseguir las sustancias ilícitas. El concepto hace mención al consumo ocasional de una droga.

Abuso: consumo repetitivo de drogas, recurriendo la persona a cantidades exageradas de sustancias ilícitas y el reiterado hábito cada vez es mayor a nivel de supera las anteriores, sea continuado o discontinuado. El abuso suele ser calificado un riesgo en cuanto a la probabilidad del traspaso a la adicción propiamente dicha, así como a riesgos de sobredosis.

Adicción: dependencia de una sustancia de la cual la persona no puede suprimirse, originando trastornos psicológicos y físicos. La adicción representa un patrón desadaptativo, conducta peligrosa o de consumo de sustancias ilícitas especialmente las drogas.

Dependencia: estado de compulsión irrefrenable a consumir sustancias ilícitas en forma reiterada de tal manera que a menudo llega a la tolerancia, abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Tolerancia: fenómeno de actitud y adaptación del organismo a sustancias ilícitas o drogas, de manera que este ya no responde a la cantidad recibida, acepta el aporte de determinadas sustancias y cada vez exige grandes volúmenes para obtener el efecto deseado.

Síndrome de abstinencia: cambio del comportamiento desadaptativo con conocimientos cognoscitivos y fisiológicos, conllevando a alteraciones mentales y físicas que aparecen en un individuo cuando deja bruscamente de consumir una sustancia o droga, que consume habitualmente o de consumo es de forma adictiva. (Costa M, 2014)

2.1.1.4. Principales sustancias ilícitas

Según la OMS, las sustancias ilícitas se clasifican de acuerdo al grado de dependencia. Entre las principales constan: cocaína, heroína, opiáceos, cannabis (marihuana, hachís), alucinógenos, disolventes, anfetaminas entre otras sustancias. A partir de estas condiciones, se clasificaron en tres grandes grupos estimulantes, depresores y alucinógenos. (Johnston, O'malley, Bachman, & Schulenberg, 2016)

Las drogas tipos estimulantes que comprenden anfetaminas, cocaína, cafeína, teofilina, tienen las características de provocar alteraciones en el estado mental y además estimulan el cerebro y el sistema nervioso central. El efecto es producir aumento y aceleración de la actividad funcional. Su forma de administración es muy variada: por ingestión, vía intravenosa, o aspiración por las mucosas nasales. (Johnston et al., 2016).

Las drogas depresoras son los tranquilizantes, analgésicos narcóticos y en este grupo se incluye heroína, morfina, codeína, hipnóticos como los barbitúricos, disolventes inhalantes como acetona, tolueno entre otros. Estas sustancias inducen el sueño, relajan el sistema nervioso central y deprimen la actividad corporal. Se administran de forma intravenosa u oral. En el grupo de los alucinógenos se incluyen cannabis, hachís, marihuana entre otras sustancias, provocan delirios, alucinaciones, distorsiones perceptuales, estados de confusión y despersonalización. (Johnston et al., 2016)

Las consecuencias adversas graves se reflejan con mayor frecuencia en aquellos individuos que inician el consumo de sustancias en los primeros años de la adolescencia, probablemente a las adaptaciones neurales que incrementan el riesgo de trastornos vinculados al uso de sustancias en adultos. (Luciana & Feldstein Ewing, 2015)

El tipo de drogas utilizadas en los adolescentes por orden de importancia destacan el abuso de cocaína y cannabis con el 62% y 54,5% respectivamente oscilando entre las edades 12 a 15 años de sexo masculino y con factores de riesgo como trastornos de conducta, negativista desafiante y por déficit de atención con hiperactividad. Además por cada año de retraso del primer consumo de drogas aumentó el 18% de riesgo de dependencia y de recaídas. (Pianca et al., 2016)

Los efectos de cannabis y la cocaína a largo plazo repercuten en deficiencias del aprendizaje; además presentación de problemas cardíacos en cocaína y metadona han sido bien documentados. Por la alta prevalencia de consumo de cannabis en los adolescentes tiene una relación muy importante como provocar efectos cardíacos y cerebrales, genera paro cardíaco y trastornos afectivos negativos, y signos de depresión mayor. (Spronk et al., 2016) (Davis & Boddington, 2015) (Chadwick, Miller, & Hurd, 2013).

2.1.2. Sistema educativo

2.1.2.1. Niveles de educación

El sistema nacional de educación en base al decreto N° 1241 del Reglamento General a la Ley Orgánica de Educación Intercultural; estableció abolir el sistema educativo antiguo y en la actualidad lo divide en tres niveles educativos para mejorar la distribución de los docentes y estudiantes, los cuales están estructurados de la siguiente manera:

- Nivel de Educación Inicial posee dos subniveles:
 - Inicial 1, no escolarizado y comprende a infantes de hasta tres años de edad.
 - Inicial 2, comprende a infantes de tres a cinco años de edad.
- Nivel de Educación General Básica tiene cuatro subniveles:
 - Preparatoria, corresponde a primer grado de Educación General Básica y comprende estudiantes de cinco años de edad
 - Básica Elemental, corresponde a segundo, tercero y cuarto grados de Educación General Básica y comprende estudiantes de 6 a 8 años de edad;
 - Básica Media, corresponde a quinto, sexto y séptimo grados de Educación General Básica y comprende estudiantes de 9 a 11 años de edad
 - Básica Superior, corresponde a octavo, noveno y décimo grados de Educación General Básica y comprende estudiantes de 12 a 14 años de edad.
- Nivel de Bachillerato posee tres cursos y comprende estudiantes de 15 a 17 años de edad. (Ministerio Educación, 2015).

El bajo nivel educativo se considera a la limitación del aprovechamiento y asimilación de las competencias adquiridas en el proceso de aprendizaje y no se obtienen los

objetivos planteados. El consumo temprano de sustancias ilícitas se encuentra vinculado a nivel educativo bajo de los padres. La influencia del nivel educativo es muy importante y fundamental en los logros estudiantiles de los hijos, por lo tanto se ha demostrado en la actualidad que el nivel de instrucción bajo es otro factor determinante en el inicio de consumo de sustancia ilícitas en los adolescentes. (Grant et al., 2012) (Patrick, Wightman, Schoeni, & Schulenberg, 2012).

A nivel mundial bajo nivel educativo familiar engloba a ninguna instrucción y estudios primarios sin alcanzar los estudios secundarios. En cambio la edad avanzada para el nivel educativo de los adolescentes se considera cuando que por cada nivel educativo tiene más de doce meses de edad. Sin embargo, el alto nivel educativo familiar en familias parentales se asocia a elevadas tasas de consumo intensivo de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas. Varios estudios sugieren que la edad avanzada de los adolescentes para el grado de escolaridad constituye un factor de riesgo para el consumo de drogas; sin embargo, la etapa avanzada del desarrollo puberal es un factor de riesgo más importante. (Dudovitz et al., 2015) (Zimmerman & Woolf, 2014) (Díaz, Orejuela, & Pinza, 2012) (Park & Kim, 2016) (Stipek, 2012)

2.1.3. La familia

2.1.3.1. Definición

Varios autores concluyen que la familia se constituye como la unidad estructural, social y básica de la sociedad, que interactúa con el tiempo, conservación y evolución de la humanidad, además se la considera como una agrupación de personas del hogar con vínculos de consanguinidad, parentesco, lazos afectivos, adopción o matrimonio,

condicionado generalmente a padres e hijos que permanecen dentro de la misma vivienda o en lugares distintos, adoptan costumbres para su propia globalización y construyen su historia individual y sociocultural. (Minuchin, 2004) (Armas & Díaz, 2007) (Oliva Gómez & Villa Guardiola, 2014) (Henao & María, 2012).

2.1.3.2. Funciones familiares

La familia tiene una dinámica particular, cumple un papel fundamental en la sociedad, por ende tiene tareas y funciones específicas como reproducción, protección, socialización que son básicas y elementales para los requerimientos de la sociedad; además las funciones internas para su desarrollo son la comunicación, afectividad, apoyo, autoridad, adaptabilidad, autonomía, reglas, roles, límites y normas; funciones que necesita para el ordenamiento de sus miembros; su desarrollo, adaptación y funcionamiento en la sociedad e interrelación entre sí. (Baeza, 2013)(Henao & María, 2012) (Armas & Díaz, 2007) (Rojas Valero & Rodríguez Chacón, 2016)

2.1.3.3. Tipos de familias

Las familias sufren transformaciones en el sistema familiar durante el transcurso del tiempo. El sistema es abierto en constante interacción con el entorno sociocultural, desarrolla varias etapas o periodos, por lo cual varios autores postulan múltiples clasificaciones las cuales se fundamentan en el número de componentes, dinámica familiar, tipo de cultura. Para facilitar la comprensión se clasificó de la siguiente manera:

- Familia extensa donde conviven más de dos generaciones
- Nuclear constituida por hombre y mujer,
- Personas sin familia adultos o viudos que viven solos
- Monoparental formado por padre o madre
- Equivalentes familiares conviven en una familia sin tener parentesco
- Ampliada es aquella donde se adiciona un familiar. **(Reyna, Salcido, & Arredondo, 2013)(Armas & Díaz, 2007)**

2.1.3.4. Características familiares asociadas al consumo de sustancias ilícitas

Entre los numerosos factores asociados al consumo de sustancias ilícitas por orden destacan las siguientes: la adolescencia, bajos ingresos económicos, embarazos precoces, baja escolaridad, factores psicosociales de la familia (violencia intrafamiliar), estilos de vida (sedentarismo), actividad social del adolescente (compañías peligrosa), factores demográficos (urbanismo), tipo familiar (con mayor frecuencia la monoparental), antecedentes familiares de consumo de drogas, juegan un papel fundamental y primordial en la vulnerabilidad, riesgo de exposición y consumo en los jóvenes. Los estudios revelan que el funcionamiento y estructura familiar, estilo parental influyen significativamente en el consumo de sustancias en los adolescentes. **(Faler, Câmara, Aerts, Alves, & Béria, 2013)(Matejevic, Jovanovic, & Lazarevic, 2014) (Rafi Bazrafshan, Sharif, Molazem, & Mani, 2016).**

Por otra parte, el apoyo familiar en el proceso de la adolescencia ha demostrado ser la piedra angular para incrementar y fomentar la autoestima de los adolescentes y disminuir la frecuencia y prevalencia del consumo de sustancias ilícitas, es decir

interviene fundamentalmente en los procesos de detección, prevención del uso indebido y problemático de sustancias ilícitas en los adolescentes. En la actualidad el inadecuado entorno familiar interviene en los jóvenes, con una tendencia aumentada a las conductas de abuso de sustancias ilícitas. **(Bisetto Pons, González Barrón, & Botella Guijarro, 2016) (Hussaarts, Roozen, Meyers, van de Wetering, & McCrady, 2012) (Guo, Slesnick, & Feng, 2014)**

En relación a la funcionalidad familiar asociado al consumo de sustancias, desde una perspectiva social y sistémica, se encuentran patrones muy estrechamente relacionados tales como los estilos de crianza y enfermedades adictivas en los adolescentes como tabaco y alcohol. Además, la asociación del adolescente con compañeros problemáticos y de comportamientos delictivos influyen netamente al rechazo, la sobreprotección y antecedentes familiares de consumo, evidenciándose falta de apoyo y organización familiar, desequilibrio de normas, reglas, roles y límites de la familia. **(Matejevic et al., 2014) (Berge, Sundell, Öjehagen, & Håkansson, 2016).**

La familia tiene un rol importante en la prevención del consumo de sustancias. Se ha demostrado que los estilos de crianza monoparental de padres y madres por separado tienen una elevada coincidencia y relación significativa con el abuso de sustancias en adolescentes, además que el estilo parental autoritario y permisivo se encuentra estrechamente relacionado con la adicción al consumo de sustancias. Se documentó que una combinación de factores relacionados en el barrio, como compañeros potenciales y baja vigilancia de los padres como alto riesgo en los jóvenes para adoptar conductas de consumo. **(Oliva, Parra, & Arranz, 2012) (Becoña et al., 2012) (Wang et al., 2014)**

2.1.4. La adolescencia

2.1.4.1. Definición

La OMS y Erickson concuerdan que la adolescencia transcurre entre el periodo desde los 10 a 19 años. Otros autores estiman otras edades, pero en la actualidad se aplica ese rango de edades. De acuerdo a cada autor, en las etapas de la adolescencia existen diferencias. La OMS considera dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la tardía de 15 a 19 años, y Erickson cronológicamente clasifica a la adolescencia en tres etapas, la temprana entre 11 a 13 años, media de 14 a 16 años y la tardía entre 17 a 19 años. (Chandra-Mouli et al., 2015) (Armas & Díaz, 2007).

La etapa temprana de la adolescencia se relaciona al consumo, que oscila entre 12 a 15 años. El Instituto Nacional de Salud (NIH) reveló que el consumo empieza desde los 12 a 13 años, por la amplia gama de factores de riesgo que se encuentran susceptibles, presentando factores de riesgo individuales como ejemplo comportamiento agresivo y negativo durante la infancia, abuso físico, cibernético o sexual, disfunciones emocionales sociales o educativos, baja percepción al peligro especialmente a las drogas y alcohol. Entre los factores familiares incluyen baja vigilancia de los padres, comunicación inapropiada o ausente, conflictos familiares de disciplina o severidad indebida de autoritarismo, separaciones e historia familiar de antecedente de abuso de drogas y alcohol.(Ali et al., 2012) (Rojas Valero & Rodríguez Chacón, 2016).

2.1.4.2. Adolescencia en relación al consumo de sustancias ilícitas

La asociación entre adolescencia y los factores familiares como estilos de vida, estatus socioeconómico, comunicación familiar inapropiada, distracción activa, la duración y la calidad del sueño, entre otros tienen importantes repercusiones en el abuso de sustancias ilícitas. (Mike, Shaw, Forbes, Sitnick, & Hasler, 2016) (Rojas Valero & Rodríguez Chacón, 2016)

Los adolescentes por todos los factores de riesgo presentes en su entorno tienen una accesibilidad muy fácil a las drogas, observándose una gran permisividad familiar a salidas nocturnas; a más de sufrir intimidaciones violentas tanto en el estado de salud en general como psicológico. El abuso de drogas es un problema socioeconómico de impacto en la salud pública. El factor predominante se enfoca en el estatus socioeconómico de los padres y la historia familiar que ejercen influencia en el consumo. (Carreter Parreño et al., 2012) (Sutherland, 2012) (Van Weelden et al., 2016) (Khoddam, Worley, Browne, Doran, & Brown, 2015).

2.1.4.3. Consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados y la dinámica familiar

En forma general, cada vez más los investigadores hacen énfasis en la interacción dinámica de los entornos sociales donde se desarrollan y tienen participación activa los adolescentes. Se formularon muchas teorías que tienen como contexto el conflicto generacional y la trascendencia del distanciamiento de los jóvenes de la familia y el entorno educativo. Entre los factores a tomarse en cuenta destacan la familia, expectativa académica, comunidad, la autoestima y la depresión que participan como

potenciadores o inhibidores del consumo de sustancias ilícitas. Un ejemplo muy evidente que los medios de comunicación tienen una participación en el consumo de sustancias ilícitas en los adolescentes. (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Ávila Guerrero, Jiménez, & Musitu, 2014) (Moran, 2016)

Los estudios realizados a nivel mundial muestran una relación significativa entre los factores personales, familiares, educativos y comunitarios con el consumo de sustancias ilícitas a través de la autoestima social, es decir que la participación e integración comunitaria de los adolescentes son consideradas como factores de protección. El funcionamiento familiar juega un rol importante en la autoestima escolar y sus expectativas académicas en los adolescentes. Las características del funcionamiento familiar tienen repercusiones en el autoestima social y escolar de los adolescentes y el desequilibrio de estas tendencias se asocia a consumo de drogas ilícitas.(Sánchez-Sosa et al., 2014)

La terapia familiar multisistémica, constituye un pilar importante en el tratamiento de los adolescentes que consumen drogas. Se trata de un enfoque multidisciplinario basado en la evidencia, en la psicología del desarrollo, las teorías ecológicas y terapia familiar, que en definitiva influyen en las interacciones entre el adolescente, los padres, familiares y relaciones extra-familiares. (Bonnaire et al., 2014) (Danzer, 2013)

La terapia familiar multisistémica reduce el consumo de sustancias en los adolescentes, los síntomas de trastornos mentales y de comportamiento, la prevalencia de dependencia al cannabis. La terapia familiar dirigida a los adolescentes con consumo de drogas es multidisciplinaria pues está conformada por el médico de familia,

psicólogo clínico y psiquiatra (Schaub et al., 2014) (Rigter et al., 2013) (Hartzler, Lash, & Roll, 2012)

2.1.5. ASSIST

El cuestionario ASSIST significa prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Los objetivos fundamentales del procedimiento radican en la identificación del abuso de sustancias en fases tempranas y ofrecer ayuda a los individuos con este gran problema. La OMS recomienda su utilización en atención primaria, servicios de urgencia, maternidades, unidades de adolescentes entre otras, para disminuir el incremento problema mundial del abuso de sustancias ilícitas fundamentándose en dos claves importantes; la detección e intervención breve. (Assanangkornchai, Balthip, & Edwards, 2014) (Assanangkornchai, Nima, McNeil, & Edwards, 2015)

El cuestionario ASSIST consiste en ocho preguntas. En atención primaria toma aproximadamente entre cinco y diez minutos, utiliza para detectar consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. El ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias ilícitas y los problemas relacionados en los últimos tres meses, además identifica otros tipos de problemas tales como intoxicación aguda, consumo regular, dependencia o alto riesgo y conductas asociadas a inyectarse. (Soto-Brandt et al., 2014) (Assanangkornchai et al., 2015)

El cuestionario ASSIST demostró validez relevante por sus propiedades psicométricas para la detección de los diferentes niveles de riesgo asociados al consumo de drogas

en la población chilena, con sensibilidad y especificidad de riesgo bajo y medio de 80% y para cocaína 66,1% en comparación con los puntos de corte de la OMS. Por ello es un instrumento de cribado útil, apropiado, admisible y aceptable para la identificación oportuna y temprana de casos de riesgos asociados al consumo de drogas, especialmente en los adolescentes. (Soto-Brandt et al., 2014)(Barreto, de Oliveira Christoff, & Boerngen-Lacerda, 2014) (Sainz et al., 2016).

2.1.6. Cuestionario de funcionalidad familiar (FF-SIL)

El cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL) es un instrumento que mide el grado de funcionalidad basados en siete variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad. El FF-SIL posee 14 ítems importantes; que identifica la causa relacionada con el problema familiar y de esta manera intervenir de una forma efectiva y eficaz.(Rodríguez-Orozco, Núñez-Tapia, Ramírez-Silva, & Gómez-Alonso, 2013) (México, 2013)

La validez del cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL) radica en valorar la causa del conflicto familiar y se caracteriza por auto administrado. Esta herramienta consta de 14 preguntas cerradas. La funcionalidad familiar se clasifica en cuatro categorías: familia funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional.(Rodríguez-Orozco et al., 2013) (México, 2013).

3. CAPÍTULO 3

3.1. Metodología

3.1.1. Universo

El universo estuvo constituido por todos los estudiantes desde el octavo año de básica hasta el 3° año de bachillerato la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales I Guale” del cantón Jipijapa, en el año lectivo 2016. La institución educativa emitió una lista inicial de 1100 estudiantes en el periodo de asignación de cupos, pero se matricularon 850 alumnos.

3.1.2. Muestra

Según el cálculo muestral se trabajó con 352 estudiantes asignados de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del cantón Jipijapa, desde el noveno año de básica hasta el 3° año de bachillerato en el año lectivo 2016.

El cálculo de la muestra se realizó en dos fases

Primera fase. - muestreo aleatorio simple. Se utilizó la siguiente fórmula:

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

N = tamaño de la población

n = tamaño de la muestra que se requiere

Desviación estándar de la población, que cuando no se tiene su valor, es una constante de 0,5

Z = valor obtenido mediante valores de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza que equivale a 1,96

e = rango de error 0,04

Tabla N° 1.- Cálculo de valores para el muestreo aleatorio

n	N	σ^2	Z^2		816,34	352,0527859	352
		0,5*0,5	1,96*1,96				
	850	0,25	3,8416				
	N-1	e^2	σ^2	Z^2	2,3188		
		0,04*0,04	0,5*0,5	1,96*1,96			
	849	0,0016	0,25	3,8416			
	1,3584		0,9604				

Elaborado por: Fienco J; Mero C.

La muestra obtenida fue de 352 estudiantes a los cuales se aplicó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Se excluyeron 9 estudiantes: 4 por no cumplir con los criterios de inclusión tener menos de 19 años, los 4 restantes por no contar con la autorización de padres (consentimiento informado no firmado) y el último participante no acudió al establecimiento en el momento de las encuestas. La población total de participantes fue de 343 personas (97,4%).

Segunda fase: del total de la muestra obtenida se realizó un muestreo aleatorio estratificado para los siguientes niveles de educación octavo, noveno y décimo de básica, primero, segundo y tercero de bachillerato. Se usó la siguiente fórmula:

Tamaño de cada estrato

$$n_i = n \left(\frac{N_i}{\sum_{i=1}^I N_i} \right) = n \left(\frac{N_i}{N} \right) = n(W_i)$$

Tabla 2. Determinación de la muestra de los estudiantes por niveles educativos

Niveles educativos	Total de alumnos año lectivo 2016	N° de muestra por nivel de educación
Octavo	63	26
Noveno	134	55
Décimo	119	49
1° bachillerato	210	85
2° bachillerato	176	70
3° bachillerato	148	58
Total	850	343

Elaborado por: Fienco J; Mero C.

3.1.3. Criterios de inclusión

- Alumnos de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del cantón Jipijapa que tengan una edad comprendida entre 10 a 19 años.
- Estudiantes que cursen desde el octavo nivel hasta 3° de bachillerato al momento de efectuarse el estudio
- Adolescentes que acepten participar en el estudio mediante la firma de asentimiento informado (**ver anexo 4**).
- Estudiantes cuyos padres acepten la participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado (**ver anexo 3**).

3.1.4. Criterios de exclusión

- Alumnos cuyas edades sean menores de 10 años y mayores de 19 años
- Estudiantes que no se encuentren presentes en el momento del trabajo de campo

- Estudiantes cuyos padres se nieguen a participar o no firmen el consentimiento informado.

3.1.5. Tipo de estudio

Estudio analítico de corte transversal.

3.2. Instrumentos

- Se utilizó el instrumento FF-SIL (Anexo 1), realizando la siguiente calificación: la cohesión (reactivos 1 y 8), los roles (reactivos 3 y 9), la afectividad (reactivos 4 y 14), la comunicación (reactivos 5 y 11), la adaptabilidad (reactivos 6 y 10), la permeabilidad (reactivos 7 y 12), la armonía (reactivos 12 y 13), y cada reactivo tiene una puntuación de 1 a 5 con opción de respuesta a “casi nunca” que equivale a 1, “pocas veces” a 2, “a veces” a 3, “muchas veces” a 4 y “casi siempre” a 5, en donde un puntaje total entre 70-57 es familia funcional, 56- 43 es moderadamente funcional, 42-28 es disfuncional y 27-14 es severamente disfuncional.
- Para el cálculo del instrumento ASSIST (anexo 2), se aplicó puntuaciones específicas para cada sustancia, de la siguiente manera:

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Cannabis	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
b. Cocaína	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
c. Estimulantes de tipo anfetamínico	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
d. Inhalantes	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
e. Sedantes o Pastillas para dormir	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
f. Alucinógenos	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
g. Opiáceos	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
h. Otros – especificar	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto

3.3. Recolección de datos

- Para el estudio se utilizaron dos cuestionarios: la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), para medir el patrón de consumo de sustancias ilícitas y el cuestionario FF-SIL para valorar la funcionalidad familiar. A estos instrumentos se anexaron preguntas para recabar la información respecto a las características familiares de los adolescentes participantes.
- Se realizó una solicitud dirigida al rector de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del cantón Jipijapa para la

presentación del estudio, objetivos y propósitos del presente trabajo, previa autorización de Dirección Distrital de Educación para la ejecución del mismo.

- Se aplicó la prueba piloto para validar los instrumentos de recolección al 10% del total de la muestra de estudiantes. Los estudiantes participantes en la prueba no se incluyeron dentro del estudio.
- Se mantuvo reuniones con padres de familias y estudiantes para dar a conocer los objetivos, propósito y finalidad del estudio. Una vez informados tanto a estudiantes como padres y/o representantes legales de los menores se procedió a entregar para la respectiva firma de los consentimientos (para los padres y/o representantes legales) y asentimientos informados (para los adolescentes)
- Se aplicaron las encuestas a los estudiantes asignados de forma aleatoria que cumplían con los criterios de inclusión.
- Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel versión 2013 que incluyó las variables contenidas en las encuestas.
- Los datos de las encuestas fueron trasladados a la base de datos.
- Se importó la base de datos al paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 21 con licencia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Se efectuó el control de calidad de la base de datos con el objetivo de detectar errores en el ingreso de los datos. Se corrigieron los errores encontrados verificando en las encuestas físicas. El análisis estadístico se ejecutó en base a los objetivos e hipótesis del estudio.

3.4. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Clasificación de las variables según su naturaleza	Clasificación de las variables según su utilidad en el estudio	Categorías	Indicador
Sexo	Condición biológica masculina o femenina	Cualitativa nominal	Independiente	0=Masculino 1=Femenino	Proporción
Edad	Período de tiempo comprendido entre la fecha de nacimiento y la fecha del estudio en años.	Cuantitativa	Independiente	Años	Medidas de tendencia central y de dispersión
Tipología familiar	Clasificación tomada de Armas-Díaz, tipología de acuerdo a la cercanía de otros parientes, núcleos de hijos y presencia de los padres	Cualitativa nominal	Independiente	0= nuclear 1= extensa 2= monoparental 3=ampliada 4=equivalentes familiares 5=personas sin familia	Proporción
Consumo de sustancias ilícitas a lo largo de su vida*	Presencia de consumo de sustancias ilícitas alguna vez en la vida	Cualitativa nominal	Dependiente	0= No 1=Si	Proporción
Frecuencia de consumo de sustancias ilícitas*	Presencia de consumo de sustancias ilícitas en los últimos 3 meses	Cualitativa ordinal	Dependiente	0= Nunca 2= 1 o 2 veces 3= cada mes 4=cada semana 5= a diario o casi todos los días	Proporción

Ansias por consumir sustancias ilícitas*	Presencia de ansias o deseos fuertes por consumir sustancias ilícitas en los últimos 3 meses	Cualitativa ordinal	Dependiente	0= Nunca 2= 1 o 2 veces 3= cada mes 4=cada semana 5= a diario o casi todos los días	Proporción
Problemas biopsicosociales relacionados al consumo de sustancias ilícitas*	Problemas de salud, sociales, legales o económicos relacionados con el consumo de sustancias ilícitas en los últimos 3 meses.	Cualitativa ordinal	Dependiente	0= Nunca 2= 1 o 2 veces 3= cada mes 4=cada semana 5= a diario o casi todos los días	Proporción
Alteración de las actividades habituales relacionadas con el consumo de sustancias ilícitas*	No se realiza las actividades habituales por el consumo de drogas ilícitas en los últimos 3 meses	Cualitativa ordinal	Dependiente	0= Nunca 2= 1 o 2 veces 3= cada mes 4=cada semana 5= a diario o casi todos los días	Proporción
Preocupación del vínculo familiar y social ante el consumo de drogas ilícitas*	Preocupación de familiares, amigos o alguien más por el consumo de drogas	Cualitativa ordinal	Dependiente	0= No, nunca 1= Si, en los últimos 3 meses 2= Si, pero no en los últimos 3 meses	Proporción
Control, reducción o abandono del consumo de drogas*	Presencia de intentos por controlar, reducir o abandonar el consumo de drogas	Cualitativa ordinal	Dependiente	0= No, nunca 1= Si, en los últimos 3 meses 2= Si, pero no en los	Proporción

				últimos 3 meses	
Consumo de drogas intravenosas*	Presencia de consumo de droga por vía endovenosa	Cualitativa ordinal	Dependiente	0= No, nunca 1= Si, en los últimos 3 meses 2= Si, pero no en los últimos 3 meses	Proporción
Riesgo de consumo de drogas ilícitas*	Situación de labilidad para el consumo de sustancias ilícitas	Cualitativa ordinal	Dependiente	0 a 3= Bajo 4 a 26= Moderado 27 o más= grave	Proporción
Disfunción familiar	Inestabilidad de las funciones culturalmente establecidas, donde no se cumple los roles establecidos por los miembros de las familias.se valora mediante Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL	Cualitativa nominal	Independiente	0 = funcional 1 = disfuncional	Proporción
Antecedentes familiares de consumo de drogas	Familiares de primer grado con antecedente de consumo de drogas	Cualitativa nominal	Independiente	0 = si 1 = no	Proporción
Nivel de educación de los Padres	Padres con educación primaria, secundaria y/o superior	Cualitativa ordinal	Independiente	0 = ninguno 1 = primaria 2 = secundaria 3 = superior	Proporción
Edad avanzada del adolescente	Adolescente con edad cronológica no acorde al nivel	Cualitativa nominal	Independiente	0 = si 1 = no	Proporción

para el nivel escolar	escolar establecido por el ministerio de educación pública				
-----------------------	--	--	--	--	--

3.5. Análisis estadístico

El análisis univariado se realizó en las variables generales y aquellas relacionadas a las familias, presentes en la población estudiada utilizando frecuencias absolutas y relativas con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

El análisis bivariado se efectuó utilizando el estadístico chi-square (X^2), considerando la significancia estadística a partir del valor de $p < 0,05$. La fuerza de la asociación se realizó mediante la Razón de Momios (OR) y la significancia estadística mediante el Intervalo de Confianza 95% (IC_{95%}).

Los gráficos estadísticos para la asociación entre variables cualitativas se efectuaron con tablas de contingencia y para la asociación entre variables cualitativa y cuantitativa fue con diagrama de cajas.

3.6. Aspectos bioéticos

Para el manejo ético de la información, se siguió los preceptos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y se garantizó la confidencialidad de los estudiantes participantes. La investigación se realizó previa firma del consentimiento informado de los padres de familia y del asentimiento informado por los estudiantes de la institución educativa. Para resguardar la confidencialidad y confiabilidad del estudio se asignó códigos a los test y las encuestas de los estudiantes asegurando el anonimato y reserva de los datos.

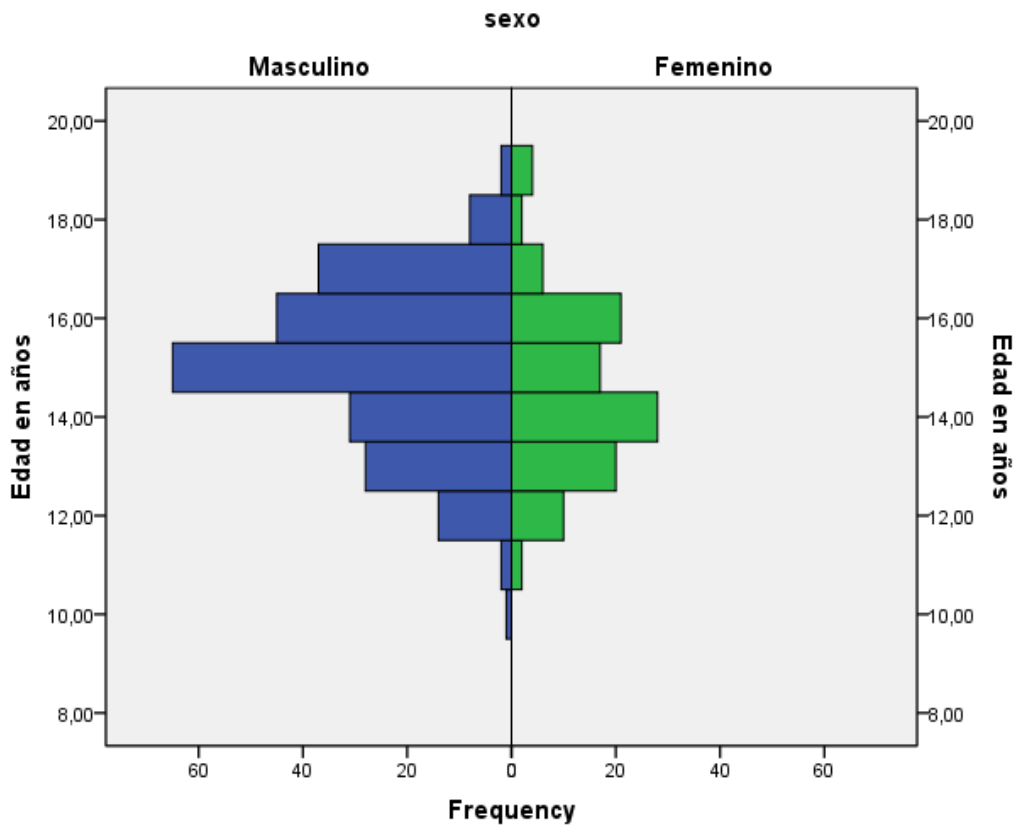
4. CAPÍTULO 4

4.1.Resultados

4.1.1. Datos demográficos

De la población total de 343 participantes, 233 (67,9%) fueron estudiantes masculinos. La edad que con mayor frecuencia se presentó en la muestra tomada fue de 15 años con 82 (23,9%) alumnos. Las edades extremas fueron des de menor proporción con un participante (0,3%) y seis (1,7%) de 10 a 19 años respectivamente.

Grafico N° 1.- Distribución de la población estudiada según edad y sexo



Fuente: Estudio "Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal "Manuel Inocencio Parrales y Guale" de Jipijapa"
Elaborado por: Fienco J; Mero C.

4.1.2. Características de las familias de los adolescentes

En la población participante, 79 (23%; IC_{95%} 18,7-27,9%) estudiantes declararon tener familias con un miembro o más consumidor de drogas. Los alumnos que tuvieron una edad avanzada para estudiar fueron 28 (8,2%, IC_{95%} 5,6-11,7). Una comparación detallada se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución, en número y porcentaje de las características familiares de los estudiantes que participaron del estudio. Jipijapa, septiembre 2016

Variable	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)	IC _{95%}
Familia monoparental	40	11,7	8,6-15,7
Familias disfuncionales	64	18,7	14,6-23
Familias con presencia de un miembro (o más) consumidor de drogas	79	23	18,7-27,9
Familias con padre de bajo nivel educativo	55	16	12,4-20,5
Familias con madre de bajo nivel educativo	49	14,3	10,9-18,5
Edad avanzada del estudiante para el grado escolar	28	8,2	5,6-11,7

IC_{95%}: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio “Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” de Jipijapa”

Elaborado por: Fienco J; Mero C.

4.1.3. Características del consumo de drogas ilícitas

La tabla 4 muestra las características del consumo de drogas ilícitas. La prevalencia de consumo de drogas fue de 17,8% (IC_{95%} 14 – 22,39), encontrada en 61 adolescentes. La droga que presentó mayor frecuencia de consumo fue H con 27 (7,9%; IC_{95%} 5,4 – 11,4), mientras que un estudiante (0,3%; IC_{95%} 0,02 – 1,9) declaró consumir tranquilizantes, droga que fue la menos

Tabla 4. Distribución, en número y porcentaje de consumo de sustancias ilícitas en forma general en los estudiantes que participaron del estudio. Jipijapa, septiembre 2016

Variable	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)	IC_{95%}
Consumo de drogas	61	17,8	14-22,3
Consumo de cannabis	31	9	6,3-12,7
Consumo de cocaína	12	3,5	1,9-6,2
Consumo de anfetaminas	4	1,2	0,3-3,2
Consumo de inhalantes	12	3,5	1,9-6,2
Consumo de tranquilizantes	1	0,3	0,02-1,9
Consumo de alucinógenos	2	0,6	0,1-2,3
Consumo de opioides	3	0,9	0,3-2,8
Consumo de H	27	7,9	5,4-11,4

IC95%: Intervalo De Confianza al 95%

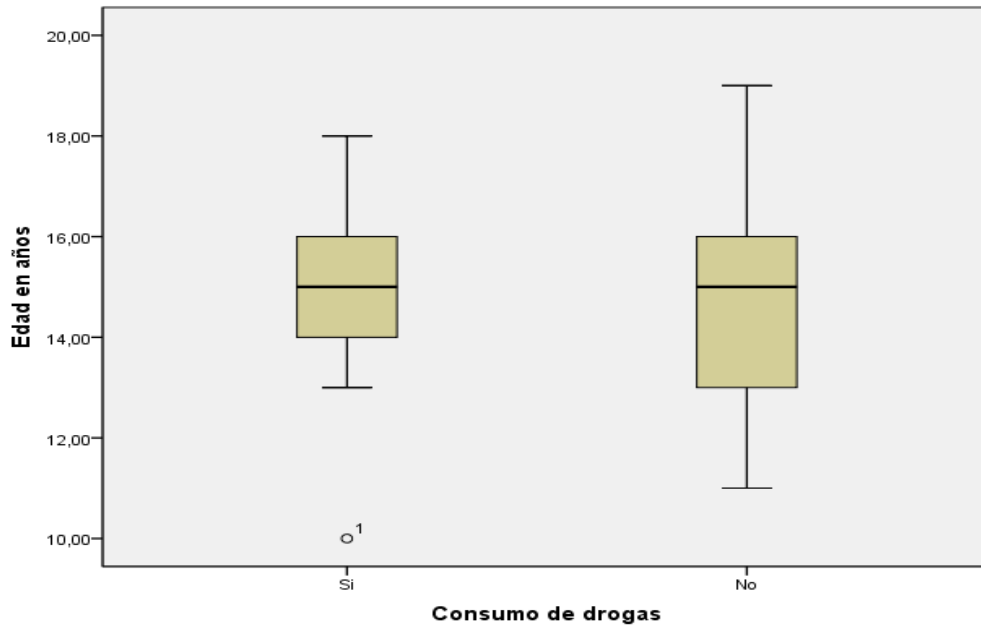
Fuente: Estudio “Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Gualé” de Jipijapa”

Elaborado por: Fienco J; Mero C.

4.1.4. Relación entre edad y consumo de drogas

El gráfico 2 muestra que la distribución de edad fue similar entre los adolescentes consumidores y aquellos que declararon no consumir drogas, pues el 50% de los adolescentes de cada categoría tenía 15 años o menos.

Gráfico 2. Edad y consumo de drogas en los participantes del estudio

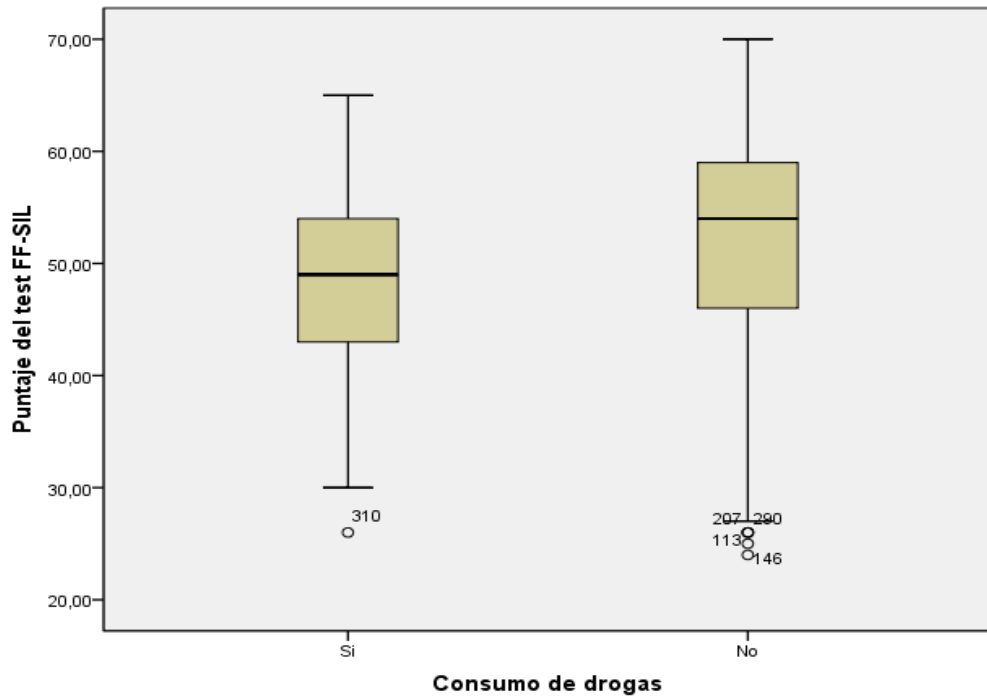


Fuente: Estudio “Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” de Jipijapa”
Elaborado por: Fienco J; Mero C.

4.1.5. Asociación entre el puntaje del test FF-SIL y consumo de drogas en los participantes del estudio

Los adolescentes que manifestaron no consumir drogas tuvieron un puntaje más elevado del FF-SIL. El 50% de los estudiantes no consumidores tuvieron 54 puntos o más en el FF-SIL en comparación a los individuos consumidores, cuya mediana fue de 49 puntos, asociación que se evidencia en el gráfico 3.

Gráfico 3. Asociación entre el puntaje del test FF-SIL y consumo de drogas en los participantes del estudio



Fuente: Estudio “Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” de Jipijapa”
Elaborado por: Fienco J; Mero C.

4.1.6. Asociación entre el consumo de drogas y características familiares de los participantes en el estudio

Según la información mostrada en la tabla 5, la relación entre pertenecer a una familia monoparental y consumir drogas ilícitas estadísticamente significativa (χ^2 4,62; valor $p < 0,05$). Se presentó una asociación dos veces mayor entre pertenecer a una familia monoparental y el consumo de drogas, relación que tuvo significancia estadística (OR 2,22; IC95% 1,05-4,66).

Cuando los adolescentes declararon tener un familiar consumidor de drogas se relacionó al consumo de drogas de forma significativa (χ^2 18,86; valor $p < 0,05$). La

asociación fue tres veces mayor entre los adolescentes que manifestaron tener un familiar consumidor de drogas y el consumo de drogas en su vida, factores que mostraron ser significativos estadísticamente (OR 3,51; IC95% 1,95-6,32). Otras características sociales no llegaron a la significancia estadística.

Tabla 5. Relación entre consumo de drogas y características sociales de los participantes del estudio

Variable	Consumo de drogas						
	Si	No	OR	IC _{95%}	Valor p	χ^2	
Familia monoparental	Si	12 (30%)	28 (70%)	2,22	1,05-4,66	0,0315	4,62
	No	49 (16,2%)	254 (83,8%)				
Funcionalidad familiar	Disfuncional	15 (23,4%)	49 (76,6%)	1,55	0,80-2,99	0,19	1,72
	Funcional	46 (16,5%)	233 (83,5%)				
Familiar consumidor de drogas	Si	27 (34,2%)	52 (65,8%)	3,51	1,95-6,32	0,00001	18,86
	No	34 (12,9%)	230 (87,1%)				
Bajo nivel educativo padre	Si	8 (14,6%)	47 (85,4%)	0,75	0,33-1,69	0,493	0,47
	No	53 (18,4%)	235 (81,6%)				
Bajo nivel educativo madre	Si	6 (12,2%)	43 (87,8%)	0,6	0,24-1,49	0,2733	1,2
	No	55 (18,7%)	239 (81,3%)				
Edad avanzada para el nivel de educación	Si	6 (21,4%)	22 (78,6%)	1,28	0,49-3,32	0,5987	0,27
	No	55 (17,5%)	260 (82,5%)				

χ^2 : Chi-square

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Estudio "Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal "Manuel Inocencio Parrales y Guale" de Jipijapa"

Elaborado por: Fienco J; Mero C.

4.1.7. Asociación entre el consumo de cannabis y características familiares de los participantes en el estudio

La tabla 6 muestra que la proporción fue mayor cuando el participante tuvo un familiar consumidor de drogas y usó cannabis con 19 (24%) personas, presentando significancia estadística (χ^2 28,13; valor $p < 0,05$). Se presentó una asociación seis veces mayor cuando hubo un familiar consumidor de drogas y el uso de cannabis, relación que fue estadísticamente significativa (OR 6,65; IC_{95%} 3,06-14,44).

Los adolescentes que pertenecieron a familias monoparentales presentaron una frecuencia mayor cuando consumieron cannabis (7 personas; 17,5%), relación que fue estadísticamente significativa (χ^2 3,94; valor $p < 0,05$). La asociación entre pertenecer a una familia monoparental y consumir cannabis fue dos veces mayor; sin embargo, estos datos no fueron estadísticamente significativos (OR 2,46; IC_{95%} 0,98-6,16).

La relación entre familia disfuncional y el consumo de cannabis se presentó en 10 (15,6%) estudiantes y fue estadísticamente significativa (χ^2 4,15; valor $p < 0,05$). Los resultados revelaron una asociación dos veces mayor entre tener una familia disfuncional y consumir cannabis, datos que fueron estadísticamente significativos (OR 2,27; IC_{95%} 1,01-5,10).

Tabla 6. Relación entre consumo de cannabis y características sociales de los participantes del estudio

Variable		Consumo de cannabis				Valor p	χ^2
		Si	No	OR	IC95%		
Familia monoparental	Si	7 (17,5%)	33 (82,5%)	2,46	0,98-6,16	0,047	3,94
	No	24 (7,9%)	279 (92,1%)				
Funcionalidad familiar	Disfuncional	10 (15,6%)	54 (84,4%)	2,27	1,01-5,10	0,0415	4,15
	Funcional	21 (7,5%)	258 (92,5%)				
Familiar consumidor de drogas	Si	19 (24,1%)	60 (75,9%)	6,65	3,06-14,44	0,0000001	28,13
	No	12 (4,6%)	252 (95,4%)				
Bajo nivel educativo padre	Si	3 (5,5%)	52 (94,5%)	0,53	0,15-1,82	0,3117	1,02
	No	28 (9,7%)	260 (90,3%)				
Bajo nivel educativo madre	SI	3 (6,1%)	46 (93,9%)	0,61	0,18-2,12	0,442	0,59
	No	28 (9,5%)	266 (90,5%)				
Edad avanzada para el nivel de educación	Si	5 (17,9%)	23 (82,1%)	2,41	0,84-6,88	0,0894	2,88
	No	26 (8,3%)	289 (91,7%)				

χ^2 : Chi-square

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Estudio "Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal "Manuel Inocencio Parrales y Guale" de Jipijapa"

Elaborado por: Fienco J; Mero C.

4.1.8. Asociación entre el consumo de cocaína y características familiares de los participantes en el estudio

La tabla 7 revela que pertenecer a una familia disfuncional y consumir cocaína tuvo una frecuencia de siete (10,9%) alumnos, estadísticamente significativa (χ^2 12,89; valor $p < 0,05$). La asociación entre familia disfuncional y consumo de cocaína fue seis veces mayor, datos que fueron estadísticamente significativos (OR 6,73; IC_{95%} 2,06-21,95).

Los adolescentes que manifestaron tener un familiar consumidor de drogas y declararon usar cocaína fue de 10 (12,7%) alumnos, relación estadísticamente significativa (χ^2 25,5; valor $p < 0,05$). La asociación entre tener un familiar consumidor de drogas y usar cocaína fue 18 veces mayor, relación que mantuvo significancia estadística (OR 18,98; IC_{95%} 4,06-88,66).

Tabla 7. Relación entre consumo de cocaína y características sociales de los participantes del estudio

Variable	Consumo de cocaína						
	Si	No	OR	IC _{95%}	Valor p	χ^2	
Familia monoparental	Si	3 (7,5%)	37 (92,5%)	2,64	0,68-10,22	0,1428	2,14
	No	9 (3%)	294 (97%)				
Funcionalidad familiar	Disfuncional	7 (10,9%)	57 (89,1%)	6,73	2,06-21,95	0,0000000	12,89
	Funcional	5 (1,8%)	274 (98,2%)				
Familiar consumidor de drogas	Si	10 (12,7%)	69 (87,3%)	18,98	4,06-88,66	0,0000004	25,507
	No	2 (0,8%)	262 (99,2%)				
Bajo nivel educativo padre	Si	0 (0%)	55 (100%)	0	0	0,1233	2,37
	No	12 (4,2%)	276 (95,8%)				
Bajo nivel educativo madre	Si	0 (0%)	49 (100%)	0	0	0,1499	2,07
	No	12 (4,1%)	282 (95,9%)				
Edad avanzada para el nivel de educación	Si	2 (7,1%)	26 (92,9%)	2,34	0,48-11,27	0,2734	1,19
	No	10 (3,2%)	305 (96,8%)				

χ^2 : Chi-square

IC_{95%}: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Estudio "Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal "Manuel Inocencio Parrales y Guale" de Jipijapa"

Elaborado por: Fienco J; Mero C.

4.1.9. Asociación entre el consumo de anfetaminas y características familiares de los participantes en el estudio

Un estudiante (2,5%) perteneciente a familia monoparental declaró consumir anfetaminas. La frecuencia de consumo de anfetaminas en familias funcionales fue de tres (1,1%) personas. Todos los participantes que no tuvieron las siguientes características: el antecedente de familiar consumidor de drogas, bajo nivel educativo de los padres y edad avanzada para el nivel escolar declararon consumir anfetaminas. Los datos detallados se presentan en la tabla 8.

Tabla 8. Relación entre consumo de anfetaminas y características sociales de los participantes del estudio

Variable		Consumo de anfetaminas			
		Si		No	
		n	%	n	%
Familia monoparental	Si	1	2,5	39	97,5
	No	3	1	300	99
Funcionalidad familiar	Disfuncional	1	1,6	63	98,4
	Funcional	3	1,1	276	98,9
Familiar consumidor de drogas	Si	0	0	79	100
	No	4	1,5	260	98,5
Bajo nivel educativo padre	Si	0	0	55	100
	No	4	1,4	284	98,6
Bajo nivel educativo madre	Si	0	0	49	100
	No	4	1,4	290	98,6
Edad avanzada para el nivel de educación	Si	0	0	28	100
	No	4	1,3	311	98,7

Fuente: Estudio "Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal "Manuel Inocencio Parrales y Guale" de Jipijapa"
Elaborado por: Fienco J; Mero C.

4.1.10. Asociación entre el consumo de inhalantes y características familiares de los participantes en el estudio

Según resultados en la tabla 9, pertenecer a familia monoparental y consumir inhalantes se presentó en cuatro (10%) personas, datos que fueron estadísticamente significativos (χ^2 5,66; valor $p < 0,05$). La asociación entre familia monoparental y consumir inhalantes fue cuatro veces mayor, datos que mantuvieron significancia estadística (OR 4,09; IC95% 1,17-14,28).

Los adolescentes que tuvieron familiar consumidor de drogas se relacionó al consumo de inhalantes, relación estadísticamente significativa (χ^2 5,102; valor de $p < 0,05$). Se presentó una asociación tres veces mayor entre familiar consumidor de drogas y consumo de inhalantes, relación estadísticamente significativa (OR 3,53; IC95% 1,107-11,28).

Todos los estudiantes que pertenecieron a familias funcionales y la totalidad de alumnos cuyas madres no tuvieron un bajo nivel educativo, declararon consumir inhalantes (12 personas; 4,3%). Otras características familiares no tuvieron significancia estadística.

Tabla 9. Relación entre consumo de inhalantes y características sociales de los participantes del estudio

Variable		Consumo de inhalantes				Valor p	χ^2
		Si	No	OR	IC95%		
Familia monoparental	Si	4 (10%)	36 (90%)	4,09	1,17-14,28	0,0172	5,66
	No	8 (2,6%)	295 (97,4%)				
Familiar consumidor de drogas	Si	6 (7,6%)	73 (92,4%)	3,53	1,107-11,28	0,0239	5,102
	No	6 (2,3%)	258 (97,7%)				
Bajo nivel educativo padre	Si	2 (3,6%)	53 (96,4%)	1,04	0,22-4,92	0,9515	0,004
	No	10 (3,5%)	278 (96,5%)				
Edad avanzada para el nivel de educación	No	12 (4,1%)	282 (95,9%)	1,02	0,12-8,23	0,9825	0,00
	Si	1 (3,6%)	27 (96,4%)				
	No	11 (3,5%)	304 (96,5%)				

χ^2 : Chi-square

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Estudio "Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal "Manuel Inocencio Parrales y Guale" de Jipijapa"

Elaborado por: Fienco J; Mero C.

4.1.11. Asociación entre el consumo de opiáceos y características familiares de los participantes en el estudio

La frecuencia de pertenecer a familias monoparentales que consumieron opiáceos fue de un (2,5%) estudiante; sin embargo, no se presentó significancia estadística (χ^2 1,38; valor p 0,24). La relación entre familia monoparental y consumo de opiáceos tres veces mayor (OR 3,85; IC_{95%} 0,34 – 43,55), asociación que no fue significativa.

La frecuencia de edad avanzada para el nivel escolar se presentó en uno (3,6%) estudiante, sin presentar significancia estadística (χ^2 2,55 valor p 0,10). La asociación entre edad avanzada y consumo de opiáceos cinco veces mayor (OR 5,79; IC_{95%} 0,50-66), no fue estadísticamente significativa. Los valores de otras variables pueden ser revisados en la tabla 10.

Tabla 10. Relación entre consumo de opiáceos y características sociales de los participantes del estudio

Variable	Consumo de opiáceos						
	Si	No	OR	IC _{95%}	Valor p	χ^2	
Familia monoparental	Si	1 (2,5%)	39 (97,5%)	3,85	0,34-43,55	0,2401	1,38
	No	2 (0,7%)	301 (99,3%)				
Funcionalidad familiar	Disfuncional	1 (1,6%)	63 (98,4%)	2,19	0,19-24,62	0,5122	0,42
	Funcional	2 (0,7%)	277 (99,3%)				
Familiar consumidor de drogas	Si	1 (1,3%)	78 (98,7%)	1,67	0,15-18,76	0,6703	0,18
	No	2 (0,8%)	262 (99,2%)				
Bajo nivel educativo padre	Si	1 (1,8%)	54 (98,2%)	2,64	0,23-29,72	0,4121	0,67
	No	2 (0,7%)	286 (99,3%)				
Bajo nivel educativo madre	Si	1 (2%)	48 (98%)	3,04	0,27-34,20	0,3436	0,89
	No	2 (0,7%)	292 (99,3%)				
Edad avanzada para el nivel de educación	Si	1 (3,6%)	27 (96,4%)	5,79	0,50-66,00	0,1097	2,55
	No	2 (0,6%)	313 (99,4%)				

χ^2 : Chi-square

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Estudio “Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” de Jipijapa”

Elaborado por: Fienco J; Mero C.

4.1.12. Asociación entre el consumo de H y características familiares de los participantes en el estudio

En la tabla 11 se observa que la relación entre familiar consumidor de drogas y el uso de H tuvo de frecuencia de 12 (15,2%) con significancia estadística (χ^2 7,58; valor $p < 0,05$). La relación entre familiar consumidor de drogas y usar H fue dos veces mayor, asociación que fue estadísticamente significativa (OR 2,97; IC_{95%} 1,32-6,65). Con respecto a las demás características familiares, ninguna fue estadísticamente significativa.

Tabla 11. Relación entre consumo de H y características sociales de los participantes del estudio

Variable		Consumo de H					
		Si	No	OR	IC _{95%}	Valor p	χ^2
Familia monoparental	Si	3 (7,5%)	37 (92,5%)	0,94	0,27-3,28	0,9259	0,009
	No	24 (7,9%)	279 (92,1%)				
Funcionalidad familiar	Disfuncional	6 (9,4%)	58 (90,6%)	1,27	0,49-3,28	0,6204	0,24
	Funcional	21 (7,5%)	258 (92,5%)				
Familiar consumidor de drogas	Si	12 (15,2%)	67 (84,8%)	2,97	1,32-6,65	0,0059	7,58
	No	15 (5,7%)	249 (94,3%)				
Bajo nivel educativo padre	Si	4 (7,3%)	51 (92,7%)	0,9	0,29-2,72	0,8571	0,032
	No	23 (8%)	265 (92%)				
Bajo nivel educativo madre	Si	4 (8,2%)	45 (91,8%)	1,04	0,34-3,17	0,9347	0,007
	No	23 (7,8%)	271 (92,2%)				
Edad avanzada para el nivel de educación	Si	2 (7,1%)	26 (92,9%)	0,89	0,20-3,97	0,8812	0,022
	No	25 (8%)	290 (92%)				

χ^2 : Chi-square

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Estudio "Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal "Manuel Inocencio Parrales y Guale" de Jipijapa"

Elaborado por: Fienco J; Mero C.

5. CAPÍTULO 5

5.1. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio apoyan la importancia crítica de los factores de riesgo ambientales familiares para el desarrollo de abuso de sustancias en la juventud, características que ponen de manifiesto a la adolescencia como un período crítico para los efectos nocivos de la exposición de sustancias ilícitas. El desarrollo de estrategias de prevención e intervención inmediata dirigidas a los adolescentes con alto riesgo es imperante en este grupo. (Biederman, Faraone, Monuteaux, & Feighner, 2013) (Becoña et al., 2012).

El presente trabajo es el primer estudio representativo a nivel local sobre las características familiares asociadas al consumo de sustancias ilícitas en adolescentes. La prevalencia de consumo en la unidad educativa de drogas en general fue de 17,8%. Las frecuencias más elevadas por droga individual se presentaron para: cannabis 9%, H 7,5%, cocaína e inhalantes 3,5% respectivamente.

Los resultados del presente estudio en comparación a los datos de una investigación realizada en Ecuador por el CONSEP en 2012, reportaron una prevalencia que llama la atención por ser más elevada. El CONSEP publicó prevalencias de consumo de: marihuana 6,7%, cocaína 2,2%, heroína 0,9% en una muestra 39.634 estudiantes en adolescentes de 12 a 17 años (Vaca & Ocaña, 2012). A nivel internacional, en Benín (país africano), la prevalencia de consumo en general fue de 13,9%, aún más baja que la unidad educativa en Jipijapa. (Kpotehouen et al., 2015a).

La prevalencia más elevada por droga individual fue cannabis. Resultados similares en Estados Unidos revelaron que el aumento de consumo de cannabis en los adolescentes se asoció a características psicosociales, .(Alwan, Viswanathan, Rousson, Paccaud, & Bovet, 2013) en comparación a un estudio francés que reveló que el consumo de cannabis en adolescentes fue de 22,6% pero con una muestra más grande a diferencia del estudio. El uso de cannabis es cada vez más generalizado entre los estudiantes incluso más comunes que el consumo de cigarrillos. (Redonnet, Chollet, Fombonne, Bowes, & Melchior, 2012) (Chadwick et al., 2013)

En relación a los resultados anteriormente analizados, el uso de cannabis entre los adolescentes sigue siendo frecuente e investigaciones recientes asocian a trastornos mentales. Los factores preponderantes son la disfunción familiar, monoparental y antecedente familiar de consumo de drogas. (Copeland, Rooke, & Swift, 2013)

El consumo de H tuvo el segundo lugar si se clasifica por drogas en forma individual; resultados reportados por la Cuarta Encuesta Nacional 2012 sobre el uso de drogas en estudiantes ecuatorianos entre 12 a 17 años de edad, evidenciaron que el 0,22 % de ellos la consumía de forma experimental, cifras bajas en comparación al presente estudio (Salvador & Geoconda, 2015). La droga H se compone de una mezcla de heroína y sustancias nocivas, por tanto, no es una droga pura y es considerada como una sustancia de reciente aparición en el mercado ecuatoriano (dos a tres años) (Diario El Mercurio, 2015).

Las sustancias nocivas que contiene la droga H no han sido reportadas en estudios científicos; a nivel local medios de comunicación informan que probablemente contenga 25% de heroína, residuos de cemento, veneno para ratas y un anestésico no

especificado (El Comercio, 2015). Los efectos adversos que esta sustancia ilícita podría provocar en la salud de los adolescentes estarían relacionados a las diferentes sustancias que posee, como por ejemplo la heroína cuyo consumo produce afectación pulmonar, renal, hepática, cardíaca, cerebral y afectaciones gastrointestinales, (Telégrafo, 2016) por mencionar solamente una sustancia; los efectos se potencian ante la mezcla de otros componentes.

En la actualidad se desconocen exactamente los efectos adversos a largo plazo que causaría esta sustancia ilícita. Su uso genera mucha preocupación, pues al tratarse de una mezcla de sustancias nocivas sus costos accesibles a la economía de los adolescentes conllevando a un incremento notable en su consumo.

Las familias monoparentales, hogares disfuncionales, antecedentes familiares de consumo de drogas, edad avanzada del adolescente para el nivel escolar y bajo nivel de educación de los padres son características familiares definidas en la literatura que están presentes en las familias de los adolescentes que consumen drogas ilícitas.

El consumo de sustancias ilícitas en forma general y de inhalantes de manera particular se asoció con tener el antecedente familiar de consumo de drogas y pertenecer a familias monoparentales con significancia estadística en el presente trabajo. Resultados similares en Estados Unidos demostraron que los adolescentes de familias monoparentales son propensos a la utilización y consumo de sustancias inhalantes. (Hemovich & Crano, 2012).

La estructura familiar juega un papel importante en el desarrollo del niño. En el caso de las familias monoparentales, adolescentes y jóvenes que provienen de familias con

un solo padre presentan insatisfacción de roles paternos lo que conlleva a una comunicación disminuida, esto los hace más propensos al consumo de drogas lícitas e ilícitas (Loke & Mak, 2013).

La disfunción familiar está relacionada con el consumo de drogas ilícitas en forma general en los adolescentes, pero en el presente estudio no tuvo significancia estadística. Sin embargo, para el consumo particular de cannabis y cocaína, se determinó una fuerte asociación con encontrarse inmerso en familias disfuncionales y el antecedente de tener un familiar consumidor de drogas. Resultados comparables con un estudio transversal brasileño que presentó una relación significativa con consumo de drogas y disfunción familiar. Los hombres jóvenes con trastornos del ánimo de las zonas urbanas presentaron mayor riesgo de consumo de sustancias ilícitas asociadas a la disfunción familiar. (Matejevic et al., 2014)

Un estudio realizado en Benín enfatiza que las relaciones familiares conflictivas, monoparentales y pobre participación de los padres tienen gran impacto en los adolescentes de 10 a 19 años para el consumo de cannabis, cocaína y anfetaminas entre las importantes sustancias (Faler et al., 2013) (Kpozehouen et al., 2015b)

En contraste con los resultados anteriores, un estudio sueco demostró que los estilos de crianza y cuidados de los padres a los hijos pueden ser menos importantes para el consumo de sustancias ilícitas en adolescentes, y que la asociación con compañeros consumidores de drogas y el comportamiento delincucional pueden ser más preponderantes para los resultados de uso de sustancias en relación al estilo de crianza general. (Berge et al., 2016).

El consumo de H y el antecedente de tener un familiar consumidor de drogas tuvo también una asociación significativa. Se presentan resultados comparables en el trabajo publicado por Bahr en 2015 que demostró que padres, hermanos y parientes familiares cercanos a los adolescentes con actitudes de consumo de drogas tienen significancia y efectos directos netos en la influencia en los hijos. (Bahr, Hoffmann, & Yang, 2015) Datos similares en un estudio irlandés ($z = 4,39$, $p < 0,001$) definieron una fuerte asociación entre la vinculación de antecedentes familiares y consumo de drogas **(Ruiz Candina, Herrera Batista, Martínez Betancourt, & Supervielle Mezquida, 2014)**

Un estudio analizó la influencia de los padres sobre el comportamiento de los hijos. Los resultados demostraron que los adolescentes que crecen con padres que son adictos a las drogas son más propensos a recurrir a comportamientos autodestructivos como intentos suicidas. **(Rafi Bazrafshan et al., 2016)**

Los factores protectores familiares como la vigilancia y comunicaciones padres e hijos, dinámica familiar están estrechamente relacionados a evitar conductas delictivas y abuso de sustancias ilícitas. **(Madruga et al., 2012) (Piko & Balázs, 2012) (Lac et al., 2013) (Sánchez-Sosa et al., 2014)**

Si bien la edad avanzada para el nivel escolar no presentó asociación significativa con el consumo de drogas, pero la frecuencia fue más alta en adolescentes de este grupo en comparación con estudiantes que no tuvieron edad avanzada (21,4%). Los resultados son similares a estudios comparativos demostraron que se asocia significativamente al consumo de sustancias ilícitas en los estudiantes adolescentes **(OR = 1,37; $p < 0,002$, para un incremento de 1 año). (Park & Kim, 2016)**

Otras variables como el bajo nivel educativo en los padres de los adolescentes también fueron tomadas en cuenta en el estudio, pero no asoció significativamente con el consumo de drogas, pero otros estudios afirman que sí hubo una relación significativa entre el bajo nivel educativo de los padres y el consumo de drogas en sus hijos. **(Park & Kim, 2016) (Rojas Valero & Rodríguez Chacón, 2016)**

La relación manifiesta del estudio entre consumo de cannabis y cocaína con disfuncionalidad en la familia y antecedente familiar de consumo de drogas marca una tendencia de influencia fuerte en el ambiente familiar en el cual están inmersos y se desarrollan los adolescentes. La relación cannabis/cocaína con dinámica familiar es clave para el planteamiento de programas de prevención de estas sustancias.

En contraparte, la droga H presentó un comportamiento distinto a cannabis y cocaína. Al no relacionarse con disfuncionalidad familiar puede llevar a la hipótesis de una relación con otros entornos en donde se desenvuelve el joven, como las relaciones sociales con compañeros de su misma edad.

6. CAPÍTULO 6

6.1. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de consumo de drogas en la unidad educativa fue de 17,8% (IC_{95%} 14- 22,3) que fue elevada en comparación a estudios realizados a nivel nacional e internacional.
2. La prevalencia de consumo de cannabis fue de 9% (IC_{95%} 6,3-12,7), de droga H de 7,9% (IC_{95%} 5,4-11,4), cocaína e inhalantes 3,5% (IC_{95%} 1,9-6,2), anfetaminas 1,2% (IC_{95%} 0,3-3,2), opioides 0,9% (IC_{95%} 0,3-2,8), alucinógenos 0,6% (IC_{95%} 0,1-2,3) y tranquilizantes 0,3% (IC_{95%} 0,02-1,9).
3. El tipo de familia que se asoció con mayor frecuencia al consumo de drogas fue la familia monoparental con 30%, asociación estadísticamente significativa (X² 4,62 y valor p 0,03). La asociación de pertenecer a familia monoparental y consumir inhalantes fue de 10% (X² 5,66 y valor p 0,017).
4. Se presentó asociación significativa entre pertenecer a familia disfuncional con consumo de cannabis y cocaína en 15,6% (X² 4,15 y valor p 0,04) y 10,9% (X² 12,89 y valor p <0,000) respectivamente.
5. El tener un familiar consumidor de drogas se relacionó con consumo de drogas en general, cannabis, cocaína y droga H con frecuencias de 35,2% (X² 18,86 y valor p <0,000), 24,1% (X² 28,13 y valor p 0,000), 12,7% (X² 25,5 y valor p <0,000) y 15,2% (X² 7,58 y valor p <0,00) respectivamente. La asociación para inhalantes hubo una frecuencia de 7,6% (X² 5,10 y valor p 0,02).

6. Las variables estudiadas: edad avanzada para el nivel de educación y bajo nivel de educación de los padres no se asoció significativamente al consumo de drogas.
7. El probable perfil de riesgo de un adolescente consumidor de drogas ilícitas es un joven proveniente de familia monoparental, disfuncional y con familiares consumidores de drogas.

7. CAPÍTULO 7

7.1. RECOMENDACIONES

- a) Desde el nivel operativo, en la consulta del Médico de Familia, se recomienda tamizar al adolescente con el posible perfil de riesgo (proveniente de familia monoparental, disfuncional y con familiares consumidores de drogas) a fin de identificar los patrones de consumo de sustancias, y adicción.
- b) La implementación de medidas de educación para la salud incluyendo programas de prevención de la dependencia de estos grupos de alto riesgo en Jipijapa constituye una prioridad.
- c) Se requieren estudios prospectivos futuros con el fin de identificar las relaciones causales entre el consumo de sustancias y el entorno familiar.
- d) Se recomienda llevar a cabo estudios de evaluación del consumo de drogas entre los adolescentes más jóvenes y la ejecución de intervenciones preventivas de forma temprana en las escuelas, ya que los adolescentes entran en contacto con las drogas y su uso en poblaciones cada vez más jóvenes.
- e) Se debe realizar un trabajo de acercamiento entre las organizaciones gubernamentales, representadas por los sectores de educación, salud y las unidades educativas, sin dejar de lado a la familia de los estudiantes, a fin de socializar y concientizar los resultados e invitarlos a trabajar de manera conjunta en la prevención del consumo de sustancias ilícitas en los adolescentes.
- f) El planteamiento y ejecución de nuevos estudios en esta temática que permitan profundizar sobre el fenómeno del consumo de drogas en este grupo vulnerable

y fomentar estrategias que contribuyan a la efectiva inserción social de los adolescentes, es decir, un abordaje cualitativo respecto a las características y condiciones familiares de los adolescentes consumidores de drogas.

- g) Se recomienda la intervención interinstitucional y multidisciplinaria para los adolescentes consumidores de drogas ilícitas. El trabajo organizado permitirá inmiscuir a la familia, las instituciones de salud y educación y las autoridades (como por ejemplo en CONSEP) para intervenir efectivamente en los estudiantes afectados.

7.2. LIMITACIONES

El planteamiento del estudio como de tipo transversal no permitió realizar el análisis de factores de riesgo o protección para el consumo de drogas, sino únicamente asociaciones de variables. Otro tipo de limitación es que una muestra pequeña, limitada a una sola institución educativa que impidió visualizar de forma contundente la asociación entre el consumo de sustancias como opioides, alucinógenos y anfetaminas con las variables socio familiares presentadas en el estudio.

8. BIBLIOGRAFIA

Ali, S., Mouton, C. P., Jabeen, S., Ofoemezie, E. K., Bailey, R. K., Shahid, M., & Zeng, Q.

(2012). Early Detection of Illicit Drug Use in Teenagers. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(12), 24-28.

Alwan, H., Viswanathan, B., Rousson, V., Paccaud, F., & Bovet, P. (2013). Association between substance use and psychosocial characteristics among adolescents of the Seychelles. *BMC Pediatrics*, 11(1), 85. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-11-85>

Armas, N., & Díaz, L. (2007). Entre voces y silencios: las familias por dentro. *Ediciones*

América, cap, 7. Recuperado a partir de

<http://www.semefec/joomlasemef/images/PROTOCOLOS/Familias%20por%20Dentro.pdf>

Assanangkornchai, S., Balthip, Q., & Edwards, J. G. (2014). Implementing the Alcohol,

Smoking, Substance Involvement Screening Test and linked brief intervention service in primary care in Thailand. *Journal of Public Health*, 36(3), 443-449.

<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu011>

Assanangkornchai, S., Nima, P., McNeil, E. B., & Edwards, J. G. (2015). Comparative trial of the WHO ASSIST-linked brief intervention and simple advice for substance abuse in primary care. *Asian Journal of Psychiatry*, 18, 75-80.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.09.003>

Baeza, S. (2013). El rol de la familia en la educación de los hijos. *Psicología y*

psicopedagogía, 1(3). Recuperado a partir de

<http://p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/view/1200/1493>

- Bahr, S. J., Hoffmann, J. P., & Yang, X. (2015). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *The Journal of Primary Prevention, 26*(6), 529-551. <https://doi.org/10.1007/s10935-005-0014-8>
- Barreto, H. A. G., de Oliveira Christoff, A., & Boerngen-Lacerda, R. (2014). Development of a self-report format of ASSIST with university students. *Addictive Behaviors, 39*(7), 1152-1158. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.014>
- Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J. R., & Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 19*(1), 1-10. <https://doi.org/10.3109/09687637.2011.631060>
- Berge, J., Sundell, K., Öjehagen, A., & Håkansson, A. (2016). Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study. *BMJ Open, 6*(1), e008979. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008979>
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., & Feighner, J. A. (2013). Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics, 106*(4), 792-797.
- Birhanu, A. M., Bisetegn, T. A., & Woldeyohannes, S. M. (2014). High prevalence of substance use and associated factors among high school adolescents in Woreta Town, Northwest Ethiopia: multi-domain factor analysis. *BMC Public Health, 14*, 1186. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1186>
- Bisetto Pons, D., González Barrón, R., & Botella Guijarro, Á. (2016). Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents. *Journal of Addiction, 2016*. <https://doi.org/10.1155/2016/4320720>

- Bonnaire, C., Bastard, N., Couteron, J.-P., Har, A., & Phan, O. (2014). [Multidimensional family therapy: which influences, which specificities?]. *L'Encéphale*, 40(5), 408-415.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.04.018>
- Carreter Parreño, J., García Castillo, O., Ródenas Aguilar, J. L., Gómez Saldaña, A., Bermejo Cacharrón, Y., & Villar Garrido, I. (2012). [A qualitative study on drug abuse in adolescents]. *Atencion Primaria*, 43(8), 435-439.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.08.003>
- Chadwick, B., Miller, M. L., & Hurd, Y. L. (2013). Cannabis Use during Adolescent Development: Susceptibility to Psychiatric Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 4.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00129>
- Chandra-Mouli, V., Svanemyr, J., Amin, A., Fogstad, H., Say, L., Girard, F., & Temmerman, M. (2015). Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 56(1 Suppl), S1-6.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.015>
- Copeland, J., Rooke, S., & Swift, W. (2013). Changes in cannabis use among young people: impact on mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(4), 325-329.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328361eae5>
- Costa M, S. (2014). Funcionamiento familiar percibido en la familia y el drogodependiente en proceso de recuperación. Recuperado a partir de
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC116709.pdf>

- Danzer, G. (2013). Helping adolescents just say no to drugs: a multidimensional family therapeutic approach. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(4), 175-180.
<https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e31828bc6c5>
- Davis, C., & Boddington, D. (2015). Teenage cardiac arrest following abuse of synthetic cannabis. *Heart, Lung & Circulation*, 24(10), e162-163.
<https://doi.org/10.1016/j.hlc.2015.04.176>
- Diario El Mercurio. (2015, noviembre 3). Se incremente en el Ecuador el consumo de H. *Diario el Mercurio*. Quito. Recuperado a partir de
https://www.google.com/search?q=consumo+de+H+periodico+el+mercurio+2015&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=tb9vWMu0DZWFfKmRueAP
- Díaz, E., Orejuela, M., & Pinza, L. (2012). Factores relacionados con el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en tres hospitales de la ciudad de Quito–Ecuador. *Rev Med Vozandes*, 23(1), 5–14.
- Dudovitz, R. N., Chung, P. J., Elliott, M. N., Davies, S. L., Tortolero, S., Baumler, E., ... Schuster, M. A. (2015). Relationship of Age for Grade and Pubertal Stage to Early Initiation of Substance Use. *Preventing Chronic Disease*, 12, E203.
<https://doi.org/10.5888/pcd12.150234>
- El Comercio. (2015, octubre 21). La mafias crean nuevo coctel de drogas con la 'H'. *El Comercio*. Guayaquil. Recuperado a partir de
<http://www.elcomercio.com/actualidad/mafias-coctel-drogas-hache-cocaina.html>
- Faler, C. S., Câmara, S. G., Aerts, D. R. G. de C., Alves, G. G., & Béria, J. U. (2013). Family psychosocial characteristics, tobacco, alcohol, and other drug use, and teenage pregnancy. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1654-1663.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00107812>

- Fernández-Artamendi, S., & Weidberg, S. (2016). Avances En La Evaluación De Las Adicciones. *Papeles del Psicólogo*, 37(1). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=77844204007>
- Grant, J. D., Scherrer, J. F., Lynskey, M. T., Agrawal, A., Duncan, A. E., Haber, J. R., ... Bucholz, K. K. (2012). Associations of alcohol, nicotine, cannabis, and drug use/dependence with educational attainment: evidence from cotwin-control analyses. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 36(8), 1412-1420. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01752.x>
- Guo, X., Slesnick, N., & Feng, X. (2014). Reductions in depressive symptoms among substance-abusing runaway adolescents and their primary caretakers: a randomized clinical trial. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 28(1), 98-105. <https://doi.org/10.1037/a0035380>
- Hartzler, B., Lash, S. J., & Roll, J. M. (2012). Contingency management in substance abuse treatment: a structured review of the evidence for its transportability. *Drug and alcohol dependence*, 122(1), 1–10.
- Hemovich, V., & Crano, W. D. (2012). Family Structure and Adolescent Drug Use: An Exploration of Single-Parent Families. *Substance use & misuse*, 44(14), 2099-2113. <https://doi.org/10.3109/10826080902858375>
- Hemphill, S. A., Heerde, J. A., Herrenkohl, T. I., Patton, G. C., Toumbourou, J. W., & Catalano, R. F. (2011). Risk and protective factors for adolescent substance use in washington state, the United States and Victoria, Australia: a longitudinal study. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 49(3), 312-320. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.12.017>

- Henao, G., & María, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(35), 326-345.
- Hussaarts, P., Roozen, H. G., Meyers, R. J., van de Wetering, B. J. M., & McCrady, B. S. (2012). Problem areas reported by substance abusing individuals and their concerned significant others. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 38-46.
<https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00187.x>
- Johnston, L. D., O'malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2016). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2015. Overview of key findings on adolescent drug use. Volume II, College Students & Adults Ages 19-50. *Institute for Social Research*. Recuperado a partir de <http://eric.ed.gov/?id=ED528082>
- Khoddam, R., Worley, M., Browne, K. C., Doran, N., & Brown, S. A. (2015). Family history density predicts long term substance use outcomes in an adolescent treatment sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 147.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.009>
- Kpozehouen, A., Ahanhanzo, Y. G., Paraïso, M. N., Munezero, F., Saizonou, J. Z., Makoutodé, M., & Ouedraogo, L. T. (2015a). [Factors associated with psychoactive substance use among Beninese adolescents]. *Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France)*, 27(6), 871-880.
- Kpozehouen, A., Ahanhanzo, Y. G., Paraïso, M. N., Munezero, F., Saizonou, J. Z., Makoutodé, M., & Ouedraogo, L. T. (2015b). [Factors associated with psychoactive substance use among Beninese adolescents]. *Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France)*, 27(6), 871-880.

- Lac, A., Unger, J. B., Basáñez, T., Ritt-Olson, A., Soto, D. W., & Baezconde-Garbanati, L. (2013). Marijuana use among Latino adolescents: gender differences in protective familial factors. *Substance Use & Misuse, 46*(5), 644-655. <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.528121>
- Loke, A. Y., & Mak, Y. (2013). Family Process and Peer Influences on Substance Use by Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 10*(9), 3868-3885. <https://doi.org/10.3390/ijerph10093868>
- Lopez-Quintero, C., & Neumark, Y. (2015). Prevalence and determinants of resistance to use drugs among adolescents who had an opportunity to use drugs. *Drug and Alcohol Dependence, 149*, 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.015>
- Luciana, M., & Feldstein Ewing, S. W. (2015). Introduction to the special issue: Substance use and the adolescent brain: Developmental impacts, interventions, and longitudinal outcomes. *Developmental Cognitive Neuroscience*. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.10.005>
- Madruga, C. S., Laranjeira, R., Caetano, R., Pinsky, I., Zaleski, M., & Ferri, C. P. (2012). Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil--a national survey. *Addictive Behaviors, 37*(10), 1171-1175. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.05.008>
- Matejevic, M., Jovanovic, D., & Lazarevic, V. (2014). Functionality of Family Relationships and Parenting Style in Families of Adolescents with Substance Abuse Problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 128*, 281-287. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.157>
- México, M. M. (2013). No asociación entre percepción del funcionamiento familiar y modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus. *Actas Esp Psiquiatr, 41*(2), 63-66.

- Mike, T. B., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Sitnick, S. L., & Hasler, B. P. (2016). The hazards of bad sleep-Sleep duration and quality as predictors of adolescent alcohol and cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence*, *168*, 335-339.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.009>
- Ministerio Educación. (2015). Reglamento General a la Ley Orgánica de Educación Intercultural. *Registro Oficial*, (1241).
- Minuchin, A. (2004). *Estructura Familiar*. Caracas: Ediciones Cipp.
- Moran, J. F. (2016). Prevalencia del uso indebido de alcohol y drogas psicoactivas en un instituto técnico de la ciudad de Babahoyo-Ecuador. *Revista Psicológica Herediana*, *8*(1-2), 42. <https://doi.org/10.20453/rph.v8i1-2.2948>
- Oliva, A., Parra, Á., & Arranz, E. (2012). Parenting styles and adolescent adjustment. *Infancia y Aprendizaje*, *31*(1), 93-106.
<https://doi.org/10.1174/021037008783487093>
- Oliva Gómez, E., & Villa Guardiola, V. J. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris*, *10*(1), 11–20.
- Park, S., & Kim, Y. (2016). Prevalence, correlates, and associated psychological problems of substance use in Korean adolescents. *BMC Public Health*, *16*, 79.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-2731-8>
- Patrick, M. E., Wightman, P., Schoeni, R. F., & Schulenberg, J. E. (2012). Socioeconomic Status and Substance Use Among Young Adults: A Comparison Across Constructs and Drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *73*(5), 772-782.
- Pérez Moreno, P., Calzada Álvarez, N., Rovira Guardiola, J., & Torrico Linares, E. (2012). Estructura factorial del test ASSIST, aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. *Trastornos Adictivos*, *14*(02), 44-49.

- Pianca, T. G., Rohde, L. A., Rosa, R. L., Begnis, A. P. A., Ferronato, P. B., Jensen, M. C., ... Szobot, C. M. (2016). Crack Cocaine Use in Adolescents: Clinical Characteristics and Predictors of Early Initiation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(10), e1205-e1210. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09894>
- Piko, B. F., & Balázs, M. Á. (2012). Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addictive Behaviors*, 37(3), 353-356. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.022>
- Rafi Bazrafshan, M., Sharif, F., Molazem, Z., & Mani, A. (2016). The Effect of Paternal Addiction on Adolescent Suicide Attempts: A Qualitative Study. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 5(3), e22588. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.22588>
- Redonnet, B., Chollet, A., Fombonne, E., Bowes, L., & Melchior, M. (2012). Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: The socioeconomic context. *Drug and Alcohol Dependence*, 121(3), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.002>
- Reyna, J. M., Salcido, M. R. E., & Arredondo, A. P. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 73-91.
- Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., ... Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1-3), 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>

- Rivolta, S. E. (2012). Caracterización de los factores familiares de riesgo en el consumo de sustancias, en estudiantes de enseñanza media. *Revista de Salud Pública, 16*(2), 67–81.
- Rodriguez-Orozco, A. R., Núñez-Tapia, R. M., Ramírez-Silva, A., & Gómez-Alonso, C. (2013). No direct association among respiratory function, disease control and family functioning in a sample of Mexican children with intermittent asthma. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology, 12*(2), 129-135.
- Rojas Valero, M., & Rodríguez Chacón, A. (2016). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Recuperado a partir de <http://repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/258>
- Rubio Valldolid, G., Martínez-Raga, J., Martínez-Gras, I., Ponce Alfaro, G., de la Cruz Bértolo, J., Jurado Barba, R., ... Zarco Montejó, J. (2014). Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema, 26*(2), 180-185. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.172>
- Ruiz Candina, H., Herrera Batista, A., Martínez Betancourt, A., & Supervielle Mezquida, M. (2014). Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 33*(4), 414–421.
- Sainz, M. T., Rosete-Mohedano, M. G., Rey, G. N., Vélez, N. A. M., García, S. C., & Cisneros, D. P. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones, 28*(1), 19-27. <https://doi.org/10.20882/adicciones.786>
- Salvador, S., & Geoconda, E. (2015). La comunicación intrafamiliar y su influencia en el consumo de drogas en los estudiantes del décimo año de educación básica del

colegio fiscal nocturno Comdte. Rafael Morán Valverde de la ciudad de Guayaquil-Ecuador 2015. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/7960>

Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Ávila Guerrero, M. E., Jiménez, A. V., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69-78. <https://doi.org/10.5093/in2014a7>

Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., ... Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14, 26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-26>

Schmits, E., Maurage, P., Thirion, R., & Quertemont, E. (2015). Dissociation between implicit and explicit expectancies of cannabis use in adolescence. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.005>

Soto-Brandt, G., Huidobro, R. P., Artigas, D. H., Rivera-Rei, Á., Escobar, M. J., Guzmán, N. S., ... Castillo-Carniglia, Á. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones*, 26(4), 291-302.

Spronk, D. B., Van der Schaaf, M. E., Cools, R., De Bruijn, E. R. A., Franke, B., van Wel, J. H. P., ... Verkes, R. J. (2016). Acute effects of cocaine and cannabis on reversal learning as a function of COMT and DRD2 genotype. *Psychopharmacology*, 233, 199-211. <https://doi.org/10.1007/s00213-015-4141-5>

Stipek, D. J. (2012). Edad de Ingreso a la Escuela. Recuperado a partir de <http://www.encyclopedia-infantes.com/Pages/PDF/StipekESPxp.pdf>

- Sutherland, A. (2012). Is parental socio-economic status related to the initiation of substance abuse by young people in an English city? An event history analysis. *Social Science & Medicine* (1982), 74(7), 1053-1061.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.026>
- Taylor, M. H., & Grossberg, G. T. (2012). The Growing Problem of Illicit Substance Abuse in the Elderly: A Review. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 14(4).
<https://doi.org/10.4088/PCC.11r01320>
- Telégrafo, E. (2016, julio 2). El consumo de la droga «H» debilita a más de 6 órganos. *El Telégrafo*. Guayaquil. Recuperado a partir de
<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/el-consumo-de-la-droga-h-debilita-a-mas-de-6-organos>
- UNODC. (2015). Informe Mundial sobre las Drogas 2015. Recuperado 12 de noviembre de 2016, a partir de World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).
- Vaca, D., & Ocaña, D. (2012). *Cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Consejo nacional de de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas- CONSEP* (No. Cuarto) (p. 128). Ecuador: CONSEP. Recuperado a partir de
https://www.google.com/search?q=informa+de+investigacion+2012+consep&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=SL5vWKCals_SflyVugg
- van Weelden, M., Queiroz, L. B., Lourenço, D. M., Kozu, K., Lourenço, B., & Silva, C. A. (2016). Alcohol, smoking and illicit drug use in pediatric systemic lupus erythematosus patients. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 56(3), 228–234.

Wang, B., Deveaux, L., Li, X., Marshall, S., Chen, X., & Stanton, B. (2014). The impact of youth, family, peer and neighborhood risk factors on developmental trajectories of risk involvement from early through middle adolescence. *Social Science & Medicine* (1982), 106, 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.023>

Zimmerman, E., & Woolf, S. H. (2014). Understanding the relationship between education and health. *National Academy of Sciences*. Recuperado a partir de <https://apha.confex.com/apha/142am/webprogram/Handout/Paper315693/Final%20BPH-UnderstandingTheRelationship.pdf>

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL.

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes en la familia					
2. En mi casa predomina la armonía (paz, tranquilidad, sin peleas.)					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. “Nos expresamos sin indirectas, nos comunicamos con mi familia de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias antes situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9.- “Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté con exceso de trabajo en la casa”					
10. Las costumbres familiares (<i>ej como ir a misa todos los domingos o merendar todos juntos en familia</i>) pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					

13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por tu familia.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

9.2. ANEXO 2

TEST OMS – ASSIST V3.0

INTRODUCCIÓN

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

Pregunta 1

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes drogas consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
A.- Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
B.- Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
C.- Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
D.- Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
E.- Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
F.- Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
G.- Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
H.-. Otros - especifique: "H"	0	3

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las drogas que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u>, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
A.- Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
B.- Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
C.- Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
D.- Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
E.- Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
F.- Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
G.- Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
H.- Otros - especifique: "H"	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6. Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
A. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
B. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
C. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
D. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
E. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
H Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
I Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
J Otros - especifique: "H"	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
A. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
B. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
C. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
D. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
E. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
F. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
G. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
H. Otros - especifique: "H"	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente (dejó de hacer varias actividades que un familiar espera que lo haga (por ejemplo, ir a la escuela, hacer los deberes, cumplir otro tipo de actividades) por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
A. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
B. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
C. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
D. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
E. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
F. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
G. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
H. Otros - especifique: "H"	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las drogas que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
A. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
B. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
C. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
D. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
E. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
F. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
G. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
H. Otros - especifique: "H"	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
A. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
B. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
C. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
D. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
E. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
F. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
G. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
H. Otros - especifique: "H"	0	6	3

Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

“Si la respuesta es en los últimos 3 meses, señale con una X en el recuadro que usted considere”

Una vez a la semana o menos O Menos de días seguidos	→	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------

Más de una vez a la semana O 3 o más de días seguidos	→	<input type="checkbox"/>
--	---	--------------------------

9.3. ANEXO 3



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a los Padres de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del cantón Jipijapa

INVESTIGADORES:

1. Dra. Judith Viviana Fienco Bacusoy. Teléfono: 0958932809, correo electrónico: judyfienco@gmail.com
2. Dra. Carmen Elizabeth Mero Gómez. Teléfono 0991732712, correo electrónico: eliza210981@hotmail.com

UNIVERSIDAD: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Postgrado de Medicina Familiar y comunitaria

TRABAJO DE TITULACIÓN: Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del cantón Jipijapa año lectivo 2016.

PARTE 1: INFORMACIÓN

INTRODUCCIÓN

Somos médicas del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, de la Universidad Católica del Ecuador. Estamos realizando una investigación acerca del consumo de drogas ilícitas en adolescentes y las características familiares presentes en las familias de los adolescentes que consumen algún tipo de drogas ilícitas. Le voy a dar información e invitarlo a participar de esta investigación mediante su aprobación para realizar un cuestionario a su hijo o hija. No tiene que decidir hoy si aprueba o no la realización del test. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me solicita que le explique las veces que sean necesarias. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarnos.

PROPÓSITO

El consumo de drogas es un problema que se ha ido aumentando progresivamente entre los adolescentes, es por ello que es importante establecer que tan común es este consumo en los adolescentes en este Colegio y de esta manera levantar una línea de base para realizar propuestas que tengan como objetivo detener este problema.

TIPO DE INTERVENCIÓN

Este estudio incluirá aplicación de un cuestionario a los estudiantes por una ocasión, dicho cuestionario se lo tomará en las aulas de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale”.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Para la realización de esta investigación se seleccionó a los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del año lectivo 2016

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún haya aceptado antes.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Se realizara en una ocasión aplicación de un cuestionario a su hijo o hija.

DURACIÓN: La investigación durará un mes.

RIESGOS: Ninguno

MOLESTIAS: Su hijo o hija al participar llenando el cuestionario lo realizará en un tiempo estimado de media hora.

BENEFICIOS

Puede que no exista un beneficio inmediato para usted y su familia, sin embargo al terminar la investigación se realizarán propuestas de intervención al problema del consumo de drogas en adolescentes.

CONFIDENCIALIDAD

Al realizar el cuestionario a su hijo o hija aseguramos que las respuestas dadas serán manejadas con total confidencialidad las respuestas acerca de su hijo o hija y su familia será puesta fuera del alcance de las demás personas y solo los investigadores tendrán acceso a la información. Los cuestionarios tendrán un número en vez del nombre del alumno. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información almacenada bajo llave.

RESULTADOS

El conocimiento que obtengamos al realizar esta investigación se compartirá con usted. No se compartirá información confidencial al público.

DERECHO A NEGARSE O RETIRARSE

Usted y ni su hijo o hija están obligados a participar en esta investigación sino desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Su elección y todos sus derechos serán respetados.

CONSENTIMIENTO

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Nombre del estudiante: _____

Curso _____



9.4. ANEXO 4

ASENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de asentimiento informado se dirige a los alumnos de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del cantón Jipijapa

INVESTIGADORES:

1. Dra. Judith Viviana Fienco Bacusoy. Teléfono: 0958932809, correo electrónico: judyfienco@gmail.com
2. Médico. Carmen Elizabeth Mero Gómez. Teléfono 0991732712, correo electrónico: eliza210981@hotmail.com

UNIVERSIDAD: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Postgrado de Medicina Familiar y comunitaria

TRABAJO DE TITULACIÓN: Características familiares asociadas al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales y Guale” del cantón Jipijapa, año lectivo 2016

PARTE 1: INFORMACIÓN

INTRODUCCIÓN

Somos médicas del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, de la Universidad Católica del Ecuador. Estamos realizando una investigación acerca del consumo de drogas ilícitas en adolescentes y las características familiares presentes en las familias de los adolescentes que consumen algún tipo de drogas ilícitas.

EXPLICACIÓN

Le voy a dar información e invitarlo a participar de esta investigación. Puede elegir si participar o no, hemos discutido esta investigación con sus Padres y ellos saben que le estamos preguntado a usted también para su aceptación. Si va a participar en la investigación sus padres también deben aceptarlo. Pero si no desea participar en la investigación no tiene por qué hacerlo, aun cuando sus padres lo hayan aceptado.

Puede discutir cualquier aspecto de este documento con sus padres o amigos o cualquier otra persona con la que se sienta cómoda. Puede decidir participar o no después de haberlo discutido. No tiene que decidirlo inmediatamente.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me solicita que le explique las veces que sean necesarias. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarnos.

OBJETIVO

Identificar las características en las familias de los adolescentes que consumen drogas ilícitas.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Para la realización de esta investigación se seleccionó a los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscal “Manuel Inocencio Parrales Iguale” del cantón Jipijapa del año lectivo 2016

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún haya aceptado antes.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO: Se realizará en una ocasión aplicación de un cuestionario escrito.

RIESGOS: Ninguno

MOLESTIAS: Es probable que el cuestionario le resulte largo, solicitamos su colaboración.

BENEFICIOS

No existe un beneficio personal inmediato para usted, sin embargo, al terminar la investigación se realizarán propuestas de intervención al problema del consumo de drogas en adolescentes, por lo tanto, se espera que de manera colectiva los adolescentes y sus familiares se vean beneficiados con los resultados de esta investigación.

CONFIDENCIALIDAD

No diremos a otras personas que usted está en esta investigación y no compartiremos su información a nadie que no trabaje en la investigación. Los cuestionarios tendrán un número en vez de su nombre, solo los investigadores sabrán su número y se guardará la información bajo llave, no será compartida ni dada a nadie excepto a los investigadores.

RESULTADOS

El conocimiento general que obtengamos al realizar esta investigación se compartirá con usted y sus padres. No se compartirá información confidencial al público.

DERECHO A NEGARSE O RETIRARSE

Usted no está obligado a participar en esta investigación sino desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Su elección y todos sus derechos serán respetados.

ASENTIMIENTO

Entiendo que la investigación consiste en saber si existe consumo de drogas ilícitas en mi Colegio y las causas familiares que podrían producir este consumo, entiendo que tendré que llenar un cuestionario por una sola vez. Sé que puedo elegir participar en esta investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información o se me ha sido leída y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____



Jipijapa, junio 07 de 2016

Doctor
Antonio José Domínguez Vivero
DECANO FACULTAD DE MEDICINA, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
Quito.

De mi consideración:

Al respecto de los atentos oficios, de fecha 2 y 7 de junio de 2016, en el que formalmente las postgradistas de la Facultad de su digna regencia, solicitan autorización para llevar a cabo un trabajo de investigación, previo a la obtención de la especialidad de medicina Familiar y Comunitaria, me permito exponer lo siguiente:

- ✦ Bajo la administración de esta Sede Distrital educativa, se trabaja diariamente con grupos de atención prioritaria, como lo son, los niños, niñas y adolescentes; y por ser un precepto constitucional recibir atención preferencial y especializada en los ámbitos público y privado, sobre todo a personas en situación de riesgo y a aquellos que están en condiciones de doble vulnerabilidad, -es menester- que como institución dependiente del Estado dar facilidades para que ello se cumpla.
- ✦ La educación superior integra el proceso permanente de educación a lo largo de la vida, tanto así, que el Sistema Nacional de Educación Superior está articulado a la educación inicial, básica, bachillerato y a la educación no formal.

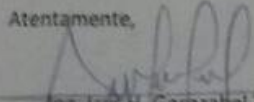
Por lo expuesto, y siendo que existe una petición expresa, se concede la anuencia para que las doctoras Judith Viviana Fienco Bacusoy C.C. 131125021-9 y Carmen Elizabeth Mero Gómez C.C.: 092053882-4, puedan desarrollar el trabajo de investigación denominado: <<CARACTERÍSTICAS FAMILIARES ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA "MANUEL INOCENCIO PARRALES Y GUALE" DEL CANTÓN JIPIJAPA, AÑO 2016>>; trabajo que desplegarán en la institución arriba señalada, ubicada en la parroquia urbana Luis Bustamante, cantón Jipijapa, provincia de Manabí.

Con la permisión que se les concede y como un acto de reciprocidad vuestra, requerimos que los resultados de dicha investigación, una vez que fuera concluida, nos sea remitida, a efectos de implementarlas a través de los equipos interdisciplinarios de los Departamento de Consejería Estudiantil de los planteles educativos del territorio, en los que se avizore este tipo de problemática.

Consentimiento que se les confiere de conformidad al art. 44 de la Constitución de la República; art. 2 literales "b", "d", "f", "p", "v" y "j" de la Ley Orgánica de Educación Intercultural; artículos 3, 8 y 10 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Para los fines de ley pertinentes.

Atentamente,


Ing. Luis H. Gorbazabel Zambrano
DIRECTOR DISTRITAL 13D03 EDUCACIÓN (e)

DISTRITO 13D03 JIPIJAPA - PTO. LOPEZ



Coordinación Zonal 4
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

LGZ/rpv

c.c.: archivo

Administradora Circuito Educativo 13D03C02_03
Rector UEF "Manuel Inocencio Parrales y Guale"

Dirección: Guayas s/n y Rocafuerte (esquina), Jipijapa
E-mail: distrito13d03@gmail.com