



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.

FACULTAD DE MEDICINA.

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

TRABAJO DE TITULACIÓN:

ROL FAMILIAR Y EL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS EN
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA SIMÓN BOLÍVAR DE
PORTOVIEJO PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016.

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

AUTORES:

DRA. MARCELA CASTULINA GILER ZAMBRANO

DR. DEREK ANTONIO VERA BRIONES

**DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. CARLOS TERAN
DIRECTOR DE TESIS: DR. JAVIER MENDOZA GARCÍA**

2016

Quito - Ecuador



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

DECLARACION Y AUTORIZACION

Nosotros, MARCELA CASTULINA GILER ZAMBRANO Y DEREK ANTONIO VERA BRIONES con CI 1308597200 y 1307265601 respectivamente autores del trabajo de graduación intitulado: "Rol Familiar y el consumo de alcohol y/o drogas en adolescentes de la Unidad Educativa Simón Bolívar De Portoviejo Periodo de Septiembre a Diciembre del 2016" en la Facultad de Medicina:

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

Quito, 20 de enero del
2017

Dra. Marcela Giler Zambrano

CI: 1308597200

Dr. Derek Vera Briones

CI: 1307265601

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, mi pilar, mis fuerzas.

A mis padres que siempre a pesar de toda adversidad me han apoyado.

Mis hermanos Alicia y Francis, que nunca se han negado a ninguna petición que les he hecho, y me han dado un ejemplo digno a seguir.

Mis sobrinos, Sam y Fabri, que cada día llenan mi vida de colores, y quienes me impulsan a ser mejor.

Y como olvidar a mis cuñados Kléver y Mily que también me han brindado su apoyo.

Marcela

Dedico este trabajo a mi familia por ser siempre mi apoyo en todo momento y ayudarme en este proceso, especialmente a mi madre, va por ti...

Derek

AGRADECIMIENTO

Principalmente mi agradecimiento a Dios y a mi familia, por ayudarme en cada paso que doy siempre.

Este trabajo es la culminación de tres años de esfuerzo, no solo mío, también de ellos por eso este título les pertenece también a ellos

Agradezco también a quienes han sido una guía durante estos tres años de formación tutores, profesores, personal de los Hospitales por donde rotamos, aquellos que nos brindaron acogida y nos dieron la oportunidad de continuar nuestros estudios.

Marcela

Mi total agradecimiento en este proceso de formación académica a Dios, mi familia, amigos y compañeros.

A todos los tutores que con dedicación y paciencia me ayudaron a lo largo de estos tres años.

Gracias “Marita” por la ayuda incondicional que me brindaste.

Derek

RESUMEN

La familia juega un rol fundamental para la formación integral de los y las jóvenes. En la actualidad las unidades educativas, escuelas y Unidad Educativas enfrentan la proliferación de drogas en dichas instituciones, así como el consumo de alcohol y drogas por parte de los y las jóvenes, prácticas que pueden afectar su adecuado desarrollo físico y emocional. Considerando lo previamente mencionado la presente investigación se tituló “Rol familiar y el consumo de alcohol y/o drogas en adolescentes de la unidad educativa Simón Bolívar de Portoviejo periodo de septiembre a diciembre del 2016”, siendo el objetivo el “Determinar el rol de la familia ante el consumo problemático de sustancias nocivas por el adolescente en los Unidad Educativas de instrucción fiscal Simón Bolívar de Portoviejo”, meta que se logró mediante la aplicación de instrumentos de recolección de información por medio de las que se concluyó que el 79.49% de los encuestados no consumen alcohol; el 15.95% presento un consumo bajos; el 3.29% presento un consumo riesgoso y el 1.27% presento dependencia al alcohol. Se caracterizó la cohesión familiar de los adolescentes de la Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo determinado que: 24.05% de las familias de los encuestados son no relacionada; el 34.18% son semi relacionada; el 29.37% se encuentran relacionado y el 12.41% son aglutinadas. El 2.78% de los encuestados dieron a conocer que su familia en lo que refiere a la dimensión flexibilidad es rígida; el 11.39% fue determinada como estructurada; el 16.71% como flexible y el 69.11% fue caracterizada como caótica. 13.16% de las familias de los encuestados se encuentra determinada como una familia balaceada, con un adecuado nivel de flexibilidad y de cohesión familiar; el 65.06% fue determinado como un entorno familiar de nivel medio con una mediana integración y cohesión familiar y el 21.77% se determinó como extremo

ABSTRACT

The family plays a fundamental role for the integral formation of young people. At present the educational units, schools and schools face the proliferation of drugs in these institutions, as well as the consumption of alcohol and drugs by the young, practices that can affect their adequate physical and emotional development. Considering the previously mentioned, the present investigation was titled "Family role and the consumption of alcohol and / or drugs in adolescents of the educational unit Simon Bolívar of Portoviejo period from September to October of 2016", being the objective of the same the " Role of the family to the problematic consumption of harmful substances by the adolescent in the schools of fiscal instruction Simon Bolivar of Portoviejo ", goal that was obtained by the application of instruments of information gathering by means of which it was concluded that 79.49% Of respondents do not consume alcohol; 15.95% present a low consumption; 3.29% presented a risky consumption and 1.27% presented alcohol dependence. The family cohesion of the adolescents of the Simon Bolívar Educational Unit of Portoviejo was characterized as: 24.05% of the families of the respondents are unrelated; 34.18% are semi-related; 29.37% are related and 12.41% are agglutinated. 2.78% of respondents reported that their family in terms of the flexibility dimension is rigid; 11.39% was determined as structured; 16.71% as flexible and 69.11% was characterized as chaotic. 13.16% of the families of the respondents is determined as a family with a balanced level of flexibility and family cohesion; 65.06% was determined as a mid-level family environment with a medium integration and family cohesion and 21.77% was determined as extreme

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	1
DECLARACION Y AUTORIZACION	2
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE CUADROS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
1. EL PROBLEMA.....	2
1.1. Antecedentes.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.2.1. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación.....	3
1.4. Delimitación.....	4
1.5. Objetivos.....	4
1.5.1. Objetivo General.....	4
1.5.2. Objetivos específicos.....	4
1.6. Hipótesis.....	4
1.7. Variables.....	5
1.8. Operacionalización de las variables.....	5
CAPÍTULO II.....	6
2. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.....	6
2.1. El consumo de alcohol y/o drogas.....	6
2.1.1. Tipología del consumo de drogas.....	8
2.1.2. Tipos de drogas asociadas al consumo juvenil.....	9
2.2. Adolescencia y drogas.....	19
2.2.1. Características sociodemográficas del consumo de drogas en población juvenil	21
2.3. Apoyo social y consumo de drogas.....	24

2.3.1. Modelos de funcionamiento familiar y consumo de drogas en los jóvenes.....	24
2.3.2. Tipos de familias:	27
2.3.3. Importancia de la familia.....	29
2.3.4. Familia integrada y disgregada.	30
2.3.5. Desintegración familiar.	30
2.3.5.1. Consecuencias de la desintegración familiar.....	32
2.3.6. Entorno Familiar	35
2.4. Consumo de drogas en la adolescencia y la familia.	38
CAPÍTULO III	41
3. MARCO METODOLÓGICO	41
3.1. Métodos de investigación.	41
3.2. Tipo de Estudio.....	41
3.3. Población y muestra.....	41
3.3.1. Población.....	41
3.3.2. Muestra.....	41
3.4. Instrumentos de recolección de información.	42
3.5. Procedimiento de recolección de información.....	43
3.6. Plan de análisis.....	44
3.7. Aspectos Bioéticos.....	45
CAPÍTULO IV	46
4. RESULTADOS	46
4.1. Características Demográficas de la población en estudio.....	46
4.2. La escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III)	49
4.3. Resultados de la aplicación del test de identificación de trastornos por consumo de alcohol AUDIT	52
4.4. Resultados de la aplicación del test de identificación de trastornos por consumo de alcohol AUDIT según la estructura familiar obtenida mediante la aplicación del FACES III, mediante aplicación de CHI CUADRADO.	53
4.5. Resultados de la aplicación del ASSIST V3.0.....	58
4.6. Determinación del riesgo del consumo de drogas según la estructura familiar (aplicación del CHI Cuadrado).	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
Conclusiones	64
Recomendaciones	66

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	69
Anexo 1: Consentimiento Informado a los Padres.	70
Anexo 2: Asentimiento informado.	74
Anexo 3: Cuestionario: escala de adaptabilidad y cohesión familiar.	78
Anexo 4: Cuestionario: OMS - ASSIST V3.0.....	79
Anexo 5: Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol.....	83
Anexo 5: Fotos del proceso de recolección de información.....	84

ÍNDICE DE CUADROS.

Cuadro N° 1: Sexo	46
Cuadro N° 2: Edad.....	47
Cuadro N° 3: Escolaridad	48
Cuadro N° 4: Dimensión de la cohesión familiar.	49
Cuadro N° 5: Dimensión de la flexibilidad familiar.....	50
Cuadro N° 6: Estructura familiar FACES III.....	51
Cuadro N° 7: Riesgo de consumo de alcohol.	52
Cuadro N° 8: Frecuencias observadas (preliminar).....	54
Cuadro N° 10: Frecuencias esperadas.	56
Cuadro N° 11: Calculo de CHI CUADRADO $f_e - f_o$	56
Cuadro N° 12: Calculo de CHI CUADRADO $(f_e - f_o)^2$	56
Cuadro N° 13: Calculo de CHI CUADRADO $(\sum (f_e - f_o)^2) / f_e$	57
Cuadro N° 14: Niveles de consumo de drogas.	58
Grafico N° 8: Niveles de consumo de drogas.....	58
Cuadro N° 15: Frecuencias observadas en consumo de cannabis.	60
Cuadro N° 16: Frecuencias esperadas en consumo de cannabis.	60
Cuadro N° 17: Frecuencias observadas en consumo de cocaína.	61
Cuadro N° 18: Frecuencias esperadas en consumo de cocaína.	61
Cuadro N° 19: Frecuencias observadas en consumo de anfetaminas.....	62
Cuadro N° 20: Frecuencias esperadas en consumo de anfetaminas.	62
Cuadro N° 21: Frecuencias observadas en consumo de inhalantes.	63
Cuadro N° 22: Frecuencias esperadas en consumo de inhalantes.	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Grafico N° 1: Sexo.....	46
Grafico N° 2: Edad	47
Grafico N° 3: Escolaridad.....	48
Grafico N° 4: Dimensión de la cohesión familiar.	49
Grafico N° 5: Dimensión de la flexibilidad familiar.	50
Grafico N° 6: Estructura familiar FACES III.	51
Grafico N° 7: Riesgo de consumo de alcohol.....	52
Grafico N° 8: Niveles de consumo de drogas.....	58

INTRODUCCIÓN

Se considera adolescente a la persona de ambos sexos que comprende entre doce y dieciocho años de edad y durante esta etapa no solamente se experimentan cambios neurobiológicos, están inmersos también cambios sociales e interpersonales en los cuales los adolescentes son más vulnerables en todos los aspectos.

El tabaco, el alcohol y las drogas ilegales están entre los primeros 20 factores de riesgo de enfermedades identificados por la Organización Mundial de la Salud. El consumo de sustancias ilícitas es predisponente para una amplia variedad de problemas de sociales, económicos y legales a nivel mundial y es muy común durante el período de la adolescencia lo que lleva a complicaciones de salud física y/o mental, así como un deterioro en la relación de los adolescentes y sus familias.

La Cuarta Encuesta Nacional Ecuador 2012 CONSEP, sobre el uso de drogas en adolescentes, deduce que el uso nocivo de alcohol, equivale a un consumo promedio de 40gr diarios de etanol para mujeres y 60gr de etanol para hombres. La Organización Mundial de la Salud, define a la drogadicción como “el consumo repetido de una droga que lleva a un estado de intoxicación periódica o crónica” (OMS, 2016)

El garantizar una buena salud y bienestar es una de las prioridades del Plan Nacional de Buen Vivir (Senplades, 2013, pp. 2013-2017). Sin embargo, el consumo de alcohol es un problema donde múltiples variables psicológicas y sociales se relacionan entre sí, especialmente en una población tan vulnerable como la adolescente, es por esta razón que el Ministerio de Salud Pública, busca dar una atención integral a este grupo etario, dentro de un marco de respeto y confidencialidad, para así poder brindar la ayuda necesaria y oportuna. (MSP, 2009a)

CAPÍTULO I.

1. EL PROBLEMA.

1.1. Antecedentes.

Los adolescentes que presentan menor comunicación con la familia tienen mayor riesgo de consumo de sustancias, si bien es cierto que en esta etapa se han identificado conductas de riesgo y una actitud cuestionadora que va en contra de todas las normas establecidas, es en este periodo cuando se debe instaurar una mejor comunicación por parte de los padres, para poder enfrentar los problemas que se puedan presentar, y evitar las conductas de riesgo como el consumo de alcohol y droga.

En un estudio realizado en el 2015 se concluyó que el origen étnico no influye en el consumo de sustancias ilícitas por el adolescente. La Flexibilidad familiar es la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia que junto a la comunicación y la conexión generan la apertura y la confianza necesaria para permitir una interacción positiva entre los miembros del núcleo y del adolescente. En estudios realizados a familias con un miembro adicto a alcohol y/o drogas se han podido identificar patrones conductuales disfuncionales recurrentes tanto en los padres como en el adolescente.

A su vez existen también factores de protección y factores de riesgo que determinan la conducta del adolescente ante el consumo de drogas. Los factores de protección se definen como “factores para reducir directamente la probabilidad de resultados adversos” y los factores de riesgo a aquellos “predictores potenciales que aumentan la probabilidad de que un individuo o grupo desencadene resultados adversos”.

Los resultados obtenidos en un estudio realizado en Guayaquil muestran que en familias de nivel de escolaridad bajo, salario inferior al básico, y con algún pariente consumidor de alcohol y/o drogas, ocasiona un medio depresivo e inductivo al uso de estas sustancias, que muchas veces el adolescente usa para huir de esta cruel realidad.

1.2. Planteamiento del problema.

Dentro del equilibrio y la funcionalidad en el sistema familiar son fundamentales los pilares de la comunicación, la conexión y flexibilidad, entre padres e hijos, con el fin de lograr un efecto positivo en el adolescente para aprender a afrontar varias conductas de riesgo, que en este caso es el consumo de alcohol y/o drogas.

En las consultas médicas se ha podido identificar que en la mayoría de los casos no existe una buena relación entre los padres e hijos adolescentes, y teniendo en cuenta que el consumo de sustancias nocivas en los adolescentes va aumentando cada día, se hace necesario para nosotros como médicos familiares conocer si existe una relación directa entre el rol familiar y la predisposición de los adolescentes al consumo de estas sustancias, y si es el caso, plantear la ayuda necesaria mediante una guía práctica para que el equipo de salud pueda intervenir en estos problemas y ayudar así a las familias que cursan por esta problemática.

1.2.1. Formulación del problema.

¿Cuál es el rol familiar en el consumo de alcohol y/o drogas en adolescentes de la Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo periodo de septiembre a diciembre del 2016?

1.3. Justificación.

En nuestro medio durante las consultas médicas se hace evidente la frágil interacción entre los padres y sus hijos, tal vez por la falta de la comunicación e implementación de reglas, roles o liderazgo lo que conlleva al adolescente a tomar conductas de riesgo, la población de la Parroquia San Pablo es urbano-marginal conocida por sus altos niveles de delincuencia, y por ser un sector donde hay microtráfico de drogas.

En este estudio se pretende tener un conocimiento real y profundo sobre cómo intervienen los grados de comunicación y flexibilidades al consumo o no de alcohol y/o drogas de los adolescentes de la Unidad Educativa de nuestra área de influencia.

Las drogas y alcohol, a pesar de conocer sus efectos nocivos, siguen siendo una de las sustancias mundialmente consumidas indistintamente de la edad, raza o sexo. En algunos grupos sociales es considerado un requisito para ser aceptado dentro de un status, en especial a los grupos juveniles que son los más influenciados para así poder ocupar un nivel jerárquico.

1.4. Delimitación.

Delimitación espacial: Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo

Delimitación temporal: septiembre a diciembre del 2016

1.5. Objetivos.

1.5.1. Objetivo General.

Determinar el rol de la familia ante el consumo problemático de sustancias nocivas por el adolescente en la Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo.

1.5.2. Objetivos específicos.

- Detallar las características sociodemográficas de los adolescentes.
- Evaluar la existencia del consumo de alcohol y drogas en los adolescentes de la Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo.
- Analizar la existencia de la flexibilidad, comunicación y conexión familiar en hogares de los adolescentes que consumen y en los que no consumen alcohol y drogas

1.6. Hipótesis.

La existencia de comunicación, conexión y flexibilidad familiar es una condicionante positiva, e influye como factor protector para el adolescente y así disminuye la conducta de riesgo de consumo de alcohol y drogas

1.7. Variables.

Variable dependiente: Consumo de alcohol y/o drogas en adolescentes

Variable independiente: Rol familiar

1.8. Operacionalización de las variables.

Operacionalización de la variable dependiente: Consumo de alcohol y/o drogas en adolescentes

Variables	Definiciones	Categoría / Escala	Indicador
Dependencia al alcohol	Se mide a través del test AUDIT que está ampliamente validado	<p>Puntuación total de 0 a 7 puntos: Usted no tiene problemas con el alcohol.</p> <p>Puntuación total de 8-15 puntos: Su resultado en el test está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol.</p> <p>Puntuación total de 16-19 puntos: Su resultado en el test indica que tiene un problema serio con el alcohol, indicando una dependencia baja.</p> <p>Puntuación total > 20 puntos: Su resultado en el test indica dependencia alta.</p>	Proporción
Consumo de Drogas	Se evalúa mediante test de Assist ampliamente validado	<p>Puntuación de 0-3 Consumo Bajo</p> <p>Puntuación de 4-26 Consumo Moderado</p> <p>Puntuación de 27 o más Consumo Alto</p>	Proporción

Operacionalización de la variable independiente: Rol familiar

Variables	Definiciones	Categoría / Escala	Indicador
Edad	Edad en años cumplidos	Años	Promedio
Sexo	Fenotipo del adolescente referente a sus caracteres sexuales	Masculino Femenino	Proporción
Entorno familiar	Percepción del adolescente de su entorno familiar (Faces III)	Balanceda Media Extrema	Proporción

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

2.1. El consumo de alcohol y/o drogas.

Obtienen como denominación de “droga” a toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede alterar o modificar una o más funciones de este. “El efecto que produce la droga va a depender de las características personales del individuo, del contexto social en la que se consumió y de las características con que cuentan dichas sustancias; para contextualizar dichos efectos es esencial considerar los siguientes aspectos” (Guillen & Rivero, 2010)¹:

- En primer lugar, porque la droga tiene un efecto más tóxico en un organismo que está en desarrollo que en otro que ya es adulto;
- En segundo lugar, porque existen implicaciones legales que pueden derivarse de permitir que un menor consuma drogas, se le suministren o, si se detecta consumo, no intervenir para evitarlo;
- Y tercero, las implicaciones sociales y personales que pueden aparecer cuando el consumo de drogas se da a edad temprana.

En lo que refiere a uso de drogas es esencial abordar los siguientes aspectos:

- **Farmacodependencia:**

“Se le da esta denominación a la acción recíproca que se puede presentar entre un organismo vivo y un fármaco (esta puede presentarse en el estado psíquico y, a veces, físico) se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible orientado a tomar el fármaco de forma continua o periódica a fin de experimentar los efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación” (Albein & Carrera, 2014)².

¹ Guillen, J., & Rivero, G. (2010). Personalidad del adolescente fumador. Madrid: Memorias.

² Albein, W., & Carrera, V. (2014). Prevención de drogas: resultados preliminares en la población de los jóvenes. Córdoba: Socidrogalcohol.

- **Dependencia psíquica:**

“Este tipo de dependencia puede ser descrita como una situación en la que se experimenta un sentimiento de satisfacción así como un impulso psíquico que exigen la administración regular o constante de la droga o sustancia psicotrópica para general placer y evitar malestar (Rodríguez & Martínez, 2011)³”.

- **Dependencia física:**

“La dependencia física puede ser considerada como un estado de adaptación que se caracteriza por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico” (Guillen & Rivero, 2010)⁴.

- **Tolerancia:**

Estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico.

- **Tolerancia cruzada:**

Fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga sino también a otra del mismo tipo (por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina).

- **Intoxicación aguda:**

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

³ Rodríguez, A., & Martínez, J. (2011). El hábito del tabaco en población juvenil. España.

⁴ Guillen, J., & Rivero, G. (2010). Personalidad del adolescente fumador. Madrid: Memorias.

“La intoxicación aguda suele estar relacionada con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta” (Guillen & Rivero, 2010)⁵.

La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio: la intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa, excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia: por ejemplo, las sustancias psicotropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad, mientras que las estimulantes dan lugar a un estado de introversión y retraimiento social.

“Los efectos de algunas sustancias, como el cannabis y los alucinógenos, son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas de estas sustancias pueden producir diferentes tipos de efectos en función de la dosis: por ejemplo, el alcohol, que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce al aumentar la dosis agitación y agresividad y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación” (Albein & Carrera, 2014)⁶.

2.1.1. Tipología del consumo de drogas.

Es necesario aclarar que, cuando se hace referencia al consumo de drogas, no todos los consumos son iguales. Existe una tipología descrita también en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante). “En relación al consumo de drogas en jóvenes existe un amplio consenso en la comunidad científica que sugiere que a los 18 años (e incluso sobrepasando la veintena) el cuerpo humano sigue madurando desde el punto de vista evolutivo de los órganos, por lo que cualquier consumo de drogas a esas

⁵ Guillen, J., & Rivero, G. (2010). Personalidad del adolescente fumador. Madrid: Memorias.

⁶ Albein, W., & Carrera, V. (2014). Prevención de drogas: resultados preliminares en la población de los jóvenes. Córdoba: Socidrogalcohol.

edades afectará a su normal desarrollo, comprometiéndolo e influyendo en la forma en la que ese órgano madurará, no dejándole llegar a su máximo potencial de desarrollo y rendimiento” (Alonso & Freijo, 2015)⁷.

Las formas de consumo son:

Consumo perjudicial: forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobadas por terceros o por el entorno en general no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es por sí solo el hecho de que éste haya podido derivar en alguna consecuencia social negativa, tal que una ruptura matrimonial.

Consumo experimental: son ensayos que realiza la persona fundados en la curiosidad hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo.

Consumo ocasional: la persona conoce la droga y sus efectos y escoge los momentos y escenarios más propicios para sentir dichos efectos. El consumo todavía es espaciado y poco frecuente.

Consumo regular: consumo habitual con continuidad. Posición activa frente al consumo.

2.1.2. Tipos de drogas asociadas al consumo juvenil.

Tabaco

Es una sustancia estimulante del sistema nervioso central que, a dosis altas, actúa como bloqueador de la transmisión ganglionar. Uno de sus principales componentes es la nicotina, que posee una enorme capacidad adictiva, causante de la dependencia que produce su consumo. El tabaco se extrae de la planta *nicotianatabacum*. Se fuma habitualmente en

⁷ Alonso, C., & Barrio, V. (2008). Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar. Sevilla: Psicología Educativa.

forma de cigarrillos, cigarros puros y pipa. También se puede tomar en forma de polvo esnifado, mascado, etc. El nivel de dependencia que produce el tabaco es muy elevado.

“Es una droga legal con una alta tasa de mortalidad, provocada básicamente por los alquitranes que hay en la hoja del tabaco y otros compuestos que se producen por la combustión del papel que lo envuelve. La dependencia de la nicotina se produce por el humo fumado de los cigarrillos y pipas, aspirado por vía pulmonar” (Guillen & Rivero, 2010)⁸.

La vida media de la nicotina es corta, de 30 a 120 minutos, por eso, el síndrome de abstinencia en fumadores de tabaco dificulta el abandono de este hábito. Los síntomas más importantes del síndrome de abstinencia de la nicotina son: estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito o del peso.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En el informe de 2013 de la OMS sobre la epidemia de tabaquismo, aparecen datos relevantes sobre la gravedad del consumo de tabaco a nivel mundial:

- El tabaco mata hasta a la mitad de quienes lo consumen.
- El tabaco mata a casi 6 millones de personas cada año. Más de 5 millones son o han sido consumidores del producto y más de 600.000 son no fumadores expuestos a humo de tabaco ajeno.
- Casi el 80% de los mil millones de fumadores que hay en todo el mundo vive en países de ingresos bajos o medios.
- El consumo de productos de tabaco está aumentando a nivel mundial, aunque está disminuyendo en algunos países de ingresos altos y de ingresos medios altos

⁸ Guillen, J., & Rivero, G. (2010). Personalidad del adolescente fumador. Madrid: Memorias.

Alcohol

El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante. “Su gran difusión está relacionada, además del sabor de la sustancia, por los efectos psicológicos que provoca en los consumidores: las personas se encuentran más atractivas, se desinhiben, tienen más confianza en sus habilidades, disminuye las tensiones diarias, facilita el sentido del humor” (Alonso & Barrio, 2008)⁹.

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración. Las bebidas alcohólicas pueden ser:

- Fermentadas: vino, cerveza y sidra. Tienen una graduación entre los 4° y los 15°. Se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales
- Destiladas: son el resultado de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que tienen mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el vodka, el whisky, el ron o la ginebra tienen entre 40° y 50°. Esto supone que el 40% o el 50% de lo que se bebe es alcohol puro (Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2007).

Los riesgos y las consecuencias del consumo de alcohol han sido ampliamente estudiados. Entre los principales están:

- A corto plazo (efectos agudos), el abuso de alcohol conlleva los siguientes riesgos:
 - Se puede llegar a la intoxicación etílica, que puede provocar un coma e incluso la muerte.
 - Favorece conductas de riesgo, ya que el alcohol desinhibe y además provoca una falsa sensación de seguridad.

⁹ Alonso, C., & Barrio, V. (2008). Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar. Sevilla: Psicología Educativa.

- El consumo excesivo de alcohol puede provocar importantes problemas de salud, conflictos familiares y sociales. Estos efectos pueden presentarse incluso en el caso de personas que no hayan desarrollado una dependencia. Destacan los siguientes: hipertensión arterial, alteraciones del sueño, gastritis, agresividad, úlcera gastroduodenal, depresión, cirrosis hepática, disfunciones sexuales, cardiopatías, deterioro cognitivo, encefalopatías, demencia, cáncer y psicosis.

- El consumo de alcohol en jóvenes aumenta la posibilidad de desarrollar en la edad adulta un consumo abusivo o una dependencia de bebidas alcohólicas. Los jóvenes rara vez presentan problemas médicos como cirrosis hepática u otros trastornos, que se suelen presentar en los adultos tras varios años de abusar del alcohol. Sin embargo, el consumo de alcohol en la adolescencia y, especialmente el consumo “en atracón”, puede afectar al sistema nervioso central a distintos niveles:
 - Interfiere en el desarrollo del cerebro, que durante esta etapa está atravesando un periodo crítico de cambios, limitando su futuro y su potencial individual.

 - Afecta, entre otras, a la zona cerebral relacionada con la memoria y el aprendizaje (hipocampo).

 - “En los casos en que el consumo de alcohol produce síntomas de resaca o abstinencia se producen daños sobre la memoria, el aprendizaje y la planificación de tareas. Como consecuencia se dan alteraciones de las relaciones personales, del rendimiento escolar, comportamientos violentos y conductas peligrosas para la salud, como prácticas sexuales de riesgo o conducir bajo los efectos del alcohol” (Albein & Carrera, 2014)¹⁰.

Cannabis

El cannabis es una droga que se extrae de la planta cannabis sativa, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios

¹⁰ Albein, W., & Carrera, V. (2014). Prevención de drogas: resultados preliminares en la población de los jóvenes. Córdoba: Socidrogalcohol.

activos, el tetrahidrocannabinol o THC, que se encuentra en diferentes proporciones según el preparado utilizado:

- Marihuana: obtenida de la trituración de flores, hojas y tallos secos, posee una concentración de THC entre el 1 y el 5%.
- Hachís: elaborado a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, tiene una concentración de THC entre el 15 y el 50%.
- Aceite de hachís: resina de hachís disuelta y concentrada, con una concentración de THC entre el 25 y 50%.

Al consumirse fumado, sus efectos pueden sentirse casi inmediatamente y duran entre dos y tres horas. Por vía oral la absorción es más lenta y sus efectos aparecen entre media hora y dos horas, pudiendo durar hasta 6 horas. El sistema cannabinoide endógeno es un sistema propio de nuestro organismo que realiza funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor y las emociones, entre otros. Cuando se consume cannabis se activa este sistema endógeno de forma externa y artificial y se alteran muchas de las funciones que desarrolla.

“A dosis pequeñas el efecto es placentero, mientras que a dosis altas puede producir cuadros de gran ansiedad. Inmediatamente tras el consumo se produce lo que se llama “borrachera cannábica”, con sequedad de boca, enrojecimiento ocular, taquicardia, descoordinación de movimientos, risa incontrolada, somnolencia, alteración de la memoria, de la atención y de la concentración” (Guillen & Rivero, 2010)¹¹.

El sistema cannabinoide desempeña un papel fundamental en el área de la memoria y hace que, de forma natural, se recuerde más de lo agradable que de lo desagradable, ayudando a eliminar aquellos recuerdos que produjeron un impacto negativo en las emociones. Cuando se sobreactiva por el consumo de cannabis se olvida todo y es más difícil recordar cualquier acontecimiento ocurrido.

¹¹ Guillen, J., & Rivero, G. (2010). Personalidad del adolescente fumador. Madrid: Memorias.

Por otro lado, el sistema cannabinoide controla la atención y la percepción. También se encuentra implicado en la regulación de la actividad motora, lo que explica que el consumo de cannabis produzca una disminución del nivel de actividad y mayor dificultad en la coordinación de movimientos.

“Actualmente, el cannabis es la droga ilegal más consumida. La tendencia en cuanto a la motivación de consumo de cannabis es a ir cada vez más unido al fenómeno de la vida recreativa, destacando junto a ello una industria cada vez más potente entorno al cannabis y su promoción. Su consumo no está exento de problemas aunque hay toda una cultura procannabis que banalizan su uso, afectando a la representación social que tiene esta sustancia en algunos sectores de población” (Bermello, 2010)¹².

El consumo habitual provoca una serie de daños orgánicos y psicológicos:

- El hecho de fumarse sin filtro, aspirando profundamente el humo y reteniéndolo en los pulmones, apurándolo hasta el final, favorece enfermedades como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar o el cáncer de pulmón. Además, su efecto broncodilatador potencia la absorción de sustancias tóxicas.
- Altera el sistema cardio-circulatorio, provocando taquicardia, por lo que las personas con hipertensión o insuficiencia cardíaca pueden sufrir un empeoramiento de su sintomatología.
- Existen datos que indican que podría haber un aumento en la incidencia de depresiones y psicosis por el consumo crónico de esta sustancia.

El impacto psicológico del consumo de cannabis tiene una especial relevancia, dado que quienes lo utilizan principalmente son los jóvenes. Provoca dificultades para estudiar, al disminuir las funciones de atención, concentración, abstracción y memoria, obstaculizando, por tanto, el aprendizaje. Puede causar reacciones agudas de ansiedad y en personas con predisposición a padecer trastornos mentales puede provocar la aparición de estos trastornos

¹² Bermello, G. (2010). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en el medio escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada*.

o agravar los que ya se padecen. Cada vez hay más datos que demuestran el efecto perjudicial de su consumo asociado a la conducción de vehículos, especialmente si se combina con alcohol, lo que hace que aumente el riesgo de accidentes.

Los consumidores recreativos usan la cocaína como una droga más junto al tabaco, alcohol y cannabis. Suelen ser una población joven que está empezando a situarse, como adultos y como profesionales, en un espacio social más consolidado. Quieren aprender a controlarla, aunque no siempre lo consiguen.

Drogas de síntesis

Es el nombre por el que se conoce a un amplio grupo de sustancias producidas por síntesis química entre las que cabe señalar el éxtasis, el GHB, la ketamina, el PCP o “polvo de ángel”. Suelen ser derivados anfetamínicos o de otras sustancias que poseen efectos estimulantes y/o alucinógenos de intensidad variable y que se encuentran en el mercado en diversas formas (pastillas, cápsulas, polvo, líquidos...). Son drogas que se presentan atractivas para el consumo de los jóvenes.

Aunque pueden tener indicaciones médicas, su uso en contextos de ocio, mezcladas con otras sustancias y procedentes de laboratorios ilegales, las convierten en un producto peligroso muy ligado a zonas de ocio juvenil, tipos de música, modas, etc. “Su consumo en estos contextos recreativos está motivado por el deseo de mejorar la capacidad de aguantar el ritmo e incrementar la experiencia subjetiva de disfrute del momento. La normalización de su uso en determinadas situaciones de ocio hace que la percepción de peligrosidad sea baja y, por tanto, los riesgos de su consumo pueden percibirse como bajos” (Bermello, 2010)¹³.

Existen evidencias científicas de afectación del sistema neurológico debido al consumo de este tipo de sustancias: “las acciones neurotóxicas pueden ser de dos tipos: a corto plazo y reversibles y a largo plazo e irreversibles. En efecto, su consumo se traduce enseguida en un aumento de las concentraciones extracelulares de serotonina y dopamina que parece

¹³ Bermello, G. (2010). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en el medio escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada*.

conllevar una subida de la temperatura corporal, pero este efecto es reversible en un tiempo medio de 6 horas. Sin embargo, una segunda acción aparece entre un día y una semana más tarde, con consecuencias neurotóxicas que afectan sobre todo al sistema serotoninérgico y a las terminaciones finas de las fibras nerviosas de serotonina que proceden de los núcleos del rafe dorsal, puede que sea por un incremento de la oxidación de ciertos procesos celulares en esas neuronas.

La suspensión de la administración de esas drogas hace que, a largo plazo, haya un nuevo crecimiento de las dañadas terminaciones finas, pero con un nuevo patrón de reinervación distinto al que originalmente había. Es probable que en humanos ocurra un proceso parecido puesto que esto ocurre en primates humanos.

“Tampoco se conoce las consecuencias psicológicas a largo plazo del daño neurotóxico que causan las drogas de síntesis en humanos incluida, en su caso, una posibilidad de reinervación de las terminaciones serotoninérgicas si se abandona durante un tiempo considerable el consumo. Pero es sabido que la serotonina es un neurotransmisor implicado en numerosos procesos cognitivos y emocionales y puede que sea la causa de disfunciones mantenidas que muestran los que han consumido drogas de síntesis” (Bachman, 2010)¹⁴.

La más usada de este grupo es el éxtasis (MDMA o 3-4 metilenedioximetanfetamina), cuyo origen como anorexígeno se remonta a 1912 en Alemania. Tiene un efecto vigorizante y de aumento de la percepción a través de los sentidos, en especial del tacto, produciendo una sensación de bienestar, de cercanía y de conexión con las demás personas. Se ingiere por vía oral, generalmente en forma de pastilla, tableta o cápsula. Cada tableta puede contener una media de 60 a 120 miligramos de MDMA y suelen llevar dibujos impresos que facilitan su reconocimiento a los consumidores y que, además, dan lugar a una auténtica jerga: love, delfines, pirulas, pastis...

Las pastillas se disuelven en el aparato digestivo, desde donde pasan al torrente sanguíneo. Sus efectos comienzan a sentirse a la media hora y duran entre dos y tres horas.

¹⁴ Bachman, j. (2010). Consumo de bebidas alcohólicas y drogas en la adolescencia, Atención primaria. Madrid.

El éxtasis afecta al metabolismo del organismo, dificultando su propio proceso de eliminación, por lo que al ingerir nuevas dosis de MDMA para mantener los efectos buscados pueden producirse concentraciones muy elevadas en sangre y agravar sus efectos tóxicos.

En el cerebro incrementa la actividad de ciertos neurotransmisores, como la serotonina (que regula el estado de ánimo, el sueño, las emociones y el apetito), la dopamina (responsable del sistema de gratificación cerebral y, por tanto, de los efectos placenteros de las drogas) y la norepinefrina (potente estimulante cerebral y cardiaco). “Esto explica que se produzcan efectos como estimulación mental, emocional y motora, sensación de bienestar y de aumento de fuerza y “aguante” durante horas (que facilita la realización de ejercicio físico y baile), así como un característico aumento de la percepción sensorial” (Bermello, 2010)¹⁵.

Los efectos inmediatos son: sociabilidad, euforia, desinhibición, incremento de la autoestima, locuacidad, inquietud, confusión, agobio, taquicardia, arritmia e hipertensión, sequedad de boca, sudoración, escalofríos, náuseas, contracción de la mandíbula, temblores, deshidratación, aumento de la temperatura corporal o “golpe de calor”.

Su intoxicación produce euforia, un sentimiento de espiritualidad y cercanía, incremento de la presión sanguínea, de las pulsaciones y de la sudoración. A dosis elevadas se asocia con cuadros de ansiedad, ataques de pánico, contracciones musculares, sequedad de boca y estado de ánimo lábil. En las horas siguientes a la ingestión se pueden dar problemas en la memoria y en la capacidad de la persona en el normal procesamiento de la información, lo que puede acarrear riesgos a corto plazo del tipo pelea, accidente de tráfico... Si el consumo se asocia a una alta tasa de actividad física (bailar) puede dar lugar al denominado “golpe de calor”, que consiste en un aumento de la temperatura corporal que puede llevar a un fallo renal.

Un consumo prolongado en el tiempo puede provocar problemas en los procesos de atención, concentración y abstracción, pérdida de memoria, disminución del interés por el

¹⁵ Bermello, G. (2010). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en el medio escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada*.

sexo, pérdida de apetito y una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño.

Algunos estudios sugieren la posibilidad de que estos efectos no deseados de larga duración, que no desaparecen con periodos de abstinencia prolongados, ocurran tanto en casos de consumo habitual como de consumo esporádico. “Factores como la edad de inicio en el consumo, la dosis, la frecuencia, el uso simultáneo de otras drogas, así como otros factores ambientales y genéticos son determinantes en la magnitud de los efectos crónicos producidos” (Cordova, 2014)¹⁶.

Nuevas sustancias psicotrópicas

Al igual que en otras facetas de la realidad social actual, el sector de las drogas evoluciona con el signo de los tiempos de forma muy rápida y dinámica. La globalización, las redes de distribución y las perspectivas de mercado hacen que muchas sustancias empiecen a comercializarse de forma ilegal por internet, modificando elementos de la fórmula química original, lo que genera un vacío legal de actuación que es aprovechado por los que se lucran de la distribución de estas sustancias, tal y como queda reflejado en el informe elaborado por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2013): “Cada vez es mayor en Europa el número de nuevas sustancias psicotrópicas, a menudo concebidas para imitar los efectos de las drogas controladas.

Algunas se venden directamente en el mercado ilegal, mientras que otras, los (euforizantes legales), se venden de forma más abierta. La evolución en este campo es muy rápida y aparecen nuevas sustancias a ritmo muy vivo. En ocasiones aparece una sustancia que da el salto y se convierte en una droga de elección en el mercado ilegal, siendo el ejemplo más reciente el de la mefedrona.

El sistema de alerta rápida de la UE sigue recibiendo notificaciones sobre la aparición de una nueva sustancia más o menos cada semana en 2013. En los últimos años destaca la aparición de nuevos agonistas de receptores de cannabinoides (ARC) sintéticos, de fenetilaminas y de catinonas, que imitan en gran medida a las drogas ilegales más conocidas.

¹⁶ Cordova, J. (2014). Consumo de drogas en escolares. Mexico.

Más reciente aún es el aumento creciente de la presencia de grupos químicos menos conocidos y más oscuros. Muchos de los productos en venta contienen mezclas de sustancias y la falta de datos farmacológicos y toxicológicos dificulta cualquier especulación sobre las consecuencias de su consumo a largo plazo para la salud, aunque hay cada vez más datos que apuntan que algunos de ellos causan problemas que requieren una actuación clínica, registrándose casos de muerte.

La Comisión Europea está preparando una nueva propuesta para reforzar la respuesta de la UE a las nuevas sustancias psicotrópicas. Aunque el consumo de éstas tiene principalmente carácter recreativo entre jóvenes, se ha observado una cierta difusión en poblaciones de consumidores problemáticos. “En países que han informado de problemas de escasez de heroína se observa una cierta sustitución de opiáceos por estimulantes sintéticos, especialmente catinonas. No está claro por qué se sustituye la heroína por vía parenteral por las catinonas, pero tal evolución se puede vincular a la fácil disponibilidad y la alta calidad percibida en las nuevas drogas” (Cordova, 2014)¹⁷.

Los elevados índices de administración parenteral, de problemas de salud mental y de lesiones físicas plantean cuestiones de salud pública. Hasta la fecha, los países han probado diversas medidas de control para responder al problema de las nuevas drogas. Menos desarrollada, pero igual de importante, es la necesidad de identificar e introducir respuestas adecuadas de reducción de la demanda.

2.2. Adolescencia y drogas

El ajuste psicosocial del adolescente a su entorno es un tema recurrente en la investigación psicosocial. Principalmente por las discrepancias que emergen entre los proyectos vitales de los hijos y las familias. El proceso de emancipación social implica que los hijos empiecen a tomar distancia del seno familiar. Los padres ven que los chicos se van haciendo mayores y ganan autonomía personal, circunstancia que conlleva, inevitablemente, la toma de decisiones que, en determinadas ocasiones, puede suponer la exposición a determinados riesgos para su salud o comprometer proyectos futuros de vida. “La realidad es que la

¹⁷ Cordova, J. (2014). Consumo de drogas en escolares. Mexico.

mayoría de los chicos y chicas realizan esa transición desde la infancia a la edad adulta de una forma positiva y sin grandes problemas” (Palmer, 2012)¹⁸.

Los hábitos de salud, en concreto los relacionados con las adicciones, son un fenómeno cambiante. En especial porque los y las jóvenes viven en una sociedad de consumo propia de políticas neoliberales y esto queda reflejado en los hábitos de los jóvenes. Las nuevas tecnologías están haciendo que se acorten las distancias entre los países y, por tanto, las formas de ocio se están generalizando y homogeneizando.

Las instancias tradicionales de control social (familia, escuela, iglesia) han dejado de ser eficaces y, por otra parte, hay una marcada desconfianza en los gobiernos, lo que favorece la normalización de determinados hábitos y estilos de relaciones sociales. De ahí que el consumo de alcohol en un contexto recreativo o el de cannabis y/o tabaco en situaciones sociales sean vistos como algo normal por parte de los jóvenes, asumiendo que probablemente la familia no lo apruebe pero defendiendo que ese comportamiento entra dentro de la privacidad personal y es una decisión que sólo le atañe a él o a ella.

A esto se incorpora que en el contexto actual prima el disfrute de lo inmediato, el egoísmo y el refuerzo inmediato. En este sentido, el consumo de drogas entre los jóvenes ha evolucionado en los últimos años hacia una normalización social, en formato de policonsumo, acercando a la mujer a los patrones masculinos y concentrándose principalmente en el uso recreativo-social ligado a actividades de ocio nocturnas en la calle.

En lo referente a las consecuencias del consumo de drogas en el proceso madurativo del adolescente, es posible relacionar el consumo de tóxicos en la adolescencia con problemas en el crecimiento y el desarrollo psíquico y social del joven.

El consumo habitual de drogas en adolescentes con la dificultad para el normal desarrollo afectivo, creando una interferencia en la formación de su identidad personal y social, con repercusiones negativas en la construcción de su proyecto de futuro, el consumo en la adolescencia modifica el “normal” tránsito de los jóvenes a la edad adulta, acelerando dicho proceso de transición, lo que conlleva a afrontar situaciones sociales sin la formación o las

¹⁸ Palmer, A. (2012). Alcohol, tabaco y drogas en la enseñanza media. Madrid.

estrategias necesarias para su normal resolución. Esta circunstancia coloca al joven en dificultades a la hora del normal desempeño de los roles sociales.

2.2.1. Características sociodemográficas del consumo de drogas en población juvenil

El periodo entre los 12 y los 18 años de edad es en el que se dan varios hitos importantes en relación al consumo de droga, que afectarán a la evolución de los consumos, desde que se inician hasta que se consolidan como hábito. En este rango de edad se empiezan a instaurar determinados estilos de vida y son frecuentes los ritos de iniciación, donde el consumo de drogas puede estar presente.

Asimismo, es un intervalo de edad donde se empieza a dar un salto cualitativo en relación al aumento de la autonomía personal y se exploran y frecuentan espacios recreativos en los que la presencia de drogas es muy alta. “La exposición a situaciones de riesgo relacionados con la accesibilidad, la presión para el consumo, la imitación o simples patrones de ocio donde determinadas drogas tengan un peso específico importante hacen que aumente considerablemente la probabilidad de consumir algún tipo de sustancia” (Palmer, 2012)¹⁹.

En la sociedad el consumo de drogas en menores es ilegal y, por tanto, se establecen mecanismos de control para dificultar el acceso de los mismos a las drogas en general. A pesar de estas barreras, los estudios sobre hábitos de consumo en población general sitúan el inicio de consumo de determinadas sustancias antes de la mayoría de edad legal.

El alcohol en la adolescencia cumple una función de adaptación social, es decir, en la sociedad el porcentaje de consumo de alcohol en la población general ronda el 80%, lo que significa que es en una sociedad donde el uso de esa sustancia está normalizado. Esta transición del no consumo hacia el consumo no se hace en solitario, sino que se produce en grupo.

La cultura atribuye unos atributos al alcohol que lo convierten en un instrumento para el afrontamiento “exitoso” de determinados acontecimientos sociales, como pueden ser:

¹⁹ Palmer, A. (2012). Alcohol, tabaco y drogas en la enseñanza media. Madrid.

desinhibirse para abordar una situación embarazosa, para festejar o para “pasar” un momento dramático.

Puesto que es una bebida prohibida para niños y niñas, su consumo supone el paso a la edad adulta: el deseo del adolescente por abandonar la niñez y sumergirse en la adultez lo lleva a reproducir patrones de conductas que se transmiten a través de la cultura, por lo que se ha convertido en un “rito de iniciación” por el que pasar a la edad adulta.

Las estadísticas a nivel internacional muestran datos relativos a patrones de consumo de distintas drogas, relacionándolos con la edad. En el caso del tabaco sitúa la edad de inicio en los 16,5 años. Esta edad apenas ha variado en los últimos 4 años.

Este consumo tan precoz implica un alto riesgo de convertirse en consumo abusivo de tabaco a corto y medio plazo. Fumar a una edad temprana también es un indicador de mantenimiento de este hábito en edad adulta, en Latinoamérica el 68.4% de la población adulta que informa de haber fumado alguna vez, se ha iniciado antes de los 18 años. Asimismo, el 92.8% de las personas que han fumado alguna vez lo ha hecho antes de los 21 años.

“El cannabis es otra sustancia con una tasa de consumo muy alta entre la juventud. Es la que más admisiones a tratamiento motiva entre las personas menores de edad. En el año 2011 supuso el motivo de admisión a tratamiento para el 87.8% de menores de edad. En función del sexo, el cannabis es la sustancia que más tratamientos motiva, tanto entre los chicos como entre las chicas, siendo mayor entre los primeros (88.6% y 83.7% respectivamente)” (Palmer, 2012)²⁰.

Por grupos de edad en Latinoamérica, se observa un incremento progresivo del consumo hasta el grupo de 21 a 24 años, que presenta las prevalencias más altas. El 43.8% de las personas de este grupo de edad ha consumido cannabis alguna vez en la vida. El consumo reciente y actual es mayor en el grupo de edad de 16 a 20 años: el 24.6% lo ha consumido en los últimos seis meses y el 20.9% en el último mes. Respecto al inicio del consumo de

²⁰ Palmer, A. (2012). Alcohol, tabaco y drogas en la enseñanza media. Madrid.

esta sustancia, más de la mitad de las personas que la han consumido en alguna ocasión lo hicieron por primera vez antes de los 18 años de edad (56.1%),

En cuanto a la cocaína, la edad de inicio se retrasa: el porcentaje de personas que consumieron cocaína antes de los 18 años es notablemente inferior a los porcentajes anteriormente observados para el alcohol, el tabaco y el cannabis. El 3.3% de las personas que en alguna ocasión han consumido cocaína lo hizo por primera vez antes de los 18 años. A pesar de ser un porcentaje menor, no deja de ser preocupante por lo que significa para un menor su consumo y las implicaciones para la salud que puede tener.

Otra sustancia asociada tradicionalmente a los jóvenes es el éxtasis y el MDMA. La edad de inicio en 2014 es de 17.6 años, más de tres años inferior a la observada en 2011 (21.9 años). La media de edad del primer consumo es muy similar en hombres y mujeres (19.7 años en hombres y 19.4 años en mujeres).

“La ketamina es un anestésico sintético que es consumido buscando un efecto disociativo alucinatorio. Los datos de consumo en población general detectan una baja prevalencia en el consumo de alguna vez en la vida, que se encuentra en el 1.1%, mientras que el porcentaje de personas que la consumido en el último año, últimos seis meses y último mes es del 0.1%. Sin embargo, cuando se analiza el consumo de esta sustancia en ambientes recreativos y festivos, las prevalencias son más altas” (Rosado & Ruiz, 2009)²¹. La edad media de inicio en el consumo de ketamina es de 21.1 años. Un 25.4% de las personas que indica haberla consumido en alguna ocasión lo hizo por primera vez antes de los 18 años de edad.

También debemos referirnos a la anfetamina y sus derivados. La edad de inicio se situaba en 2011 en los 19.5 años. Entre las personas que alguna vez en la vida han tomado anfetaminas o speed, el 33% lo hizo antes de los 18 años.

Sustancias como el éxtasis líquido o GHB y las conocidas como “Legal Highs” están en la misma situación que la ketamina, es decir, su consumo se circunscribe a momentos de ocio, en fiestas y asociado a determinados tipo de música. A pesar de no estar muy extendido su consumo entre la población general, las prevalencias en la población juvenil frecuentadora de este tipo de eventos sí son más altas.

²¹ Rosado, J., & Ruiz, R. (2009). Consumo de alcohol y adolescencia Estudio epidemiológico descriptivo. Atención Primaria. Cuba.

2.3. Apoyo social y consumo de drogas

“El ambiente social se ha reconocido como un sistema complejo estructural, cultural, interpersonal y psicológico, con propiedades adaptativas y de ajuste” (Rosado & Ruiz, 2009)²². Los estresores ambientales pueden afectar tanto a la salud física como a la psicológica de los miembros del grupo, especialmente a los más vulnerables. En este sentido, el apoyo social puede considerarse como un recurso de afrontamiento que aporta efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar de las personas.

El apoyo social es un constructo complejo que está compuesto por múltiples conductas: escuchar, demostrar cariño o interés, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, estar casado, visitar a un amigo, pertenecer a asociaciones comunitarias, amar, dar consejo o guiar acerca de la actuación, expresar aceptación, empatizar... que afectan a los sentimientos y las emociones de las personas.

De fondo, el apoyo social tiene de base la interacción social, donde se realizan transacciones entre personas. En este sentido, el apoyo social se ha definido de forma operativa como la existencia o cantidad de relaciones sociales en general y/o de algún tipo en particular (pareja, amigos, familia, etc.). Pero también se ha definido según la estructura de estas relaciones, analizando la forma de las redes sociales.

En otras ocasiones, el apoyo social se ha definido con las funciones que cumple. En relación a la importancia de los efectos positivos del apoyo social, los datos empíricos apoyan la idea de que las redes sociales ofrecen apoyo crucial para el bienestar psicológico.

2.3.1. Modelos de funcionamiento familiar y consumo de drogas en los jóvenes.

La familia es un grupo de personas unidas por el amor, la comprensión y la tolerancia. Sus miembros tienen vínculos afectivos o de parentesco. “Algunas están formadas por los padres y los hijos. Pero otras incluyen a los abuelos, tíos, primos y otras personas cercanas. Es considerada además el elemento natural y fundamental de la sociedad, y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (Navarro, 2013)²³.

²² Rosado, J., & Ruiz, R. (2009). Consumo de alcohol y adolescencia Estudio epidemiológico descriptivo. Atención Primaria. Cuba.

²³ Navarro, R. (2013). EL divorcio: Una aproximación al rendimiento escolar. Revista iberoamericana de educación .

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.

La familia nuclear moderna no es el único modelo de familia como tal, sino que se encuentra legitimada como modelo de lo que se impone culturalmente como normal. Las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad.

En la familia se encuentran los modelos de aprendizaje para el desarrollo de habilidades necesarias para afrontar las diversas situaciones que brinda el entorno. “Padres, hermanos y quienes viven con el niño son cruciales para su desarrollo psicológico. En la familia hay oportunidad como en ningún otro lugar, para que el niño se siente en su mundo valorativo, en directo y en vivencia personal” (Llano, 2010)²⁴.

Efectivamente allí se dan cercanos, propios y personales sentimientos tan vitales como el amor, la amistad, la dignidad, la libertad, el ideal, la alegría, la solidaridad, el dolor; es decir, en la familia se inicia la vivencia de ese mundo cuya estima está reservada con exclusividad para el ser humano. Es allí donde, en términos de normalidad, se pueden y se deben vivenciar con positividad las actitudes, las conductas, los comportamientos pertinentes a los valores.

Toda familia auténtica tiene un "ámbito espiritual o de valores" que condiciona las relaciones familiares: casa común, lazos de sangre, afecto recíproco, vínculos morales que la configuran como "unidad de equilibrio humano y social (Abell, 2012)²⁵".

La familia es el lugar insustituible para formar al hombre y a la mujer por completo, para configurar y desarrollar la individualidad y originalidad del ser humano, se considera a la misma un grupo de personas que se encuentran interrelacionadas por vínculos de parentesco

²⁴ Llano, C. (2010). *La familia en el desarrollo de los jóvenes, una fuente de conocimiento antes de la institución*. Medellín: Universidad de Antioquia.

²⁵ Abell, M. (2012). *Estrategias para mejorar el rendimiento académico de los adolescentes*. Argentina.

ya sean consanguíneos, por matrimonio o adopción, que viven juntos por un período indefinido de tiempo.

La familia, su unión, su vivencia de afecto, comprensión, ayuda permanente, motiva a cada uno de sus integrantes a crecer en un ambiente sano y a formarse como persona única e irrepetible. Todas las personas al sentirse rodeadas de seres queridos que las hagan sentir importantes, logrará con mayor motivación el alcance de sus metas.

Características básicas de la familia.

Entre las características más básicas con la que cuenta la familia, es posible mencionar las siguientes:

- Grupo social con vínculos que lo une en lo afectivo, económico, religioso...
- Grupo de personas ligadas por nexos de parentescos, donde los adultos asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos.
- Institución social formalmente desarrollada en todas las sociedades
- Las responsabilidades de los miembros están implícitas en los roles que desempeñan cada uno.
- La familia cumple funciones sociales relacionadas con la economía y la educación.
- La familia es un grupo que supone un gran poder de recompensa para el individuo

Pero estas características no reflejan de una forma adecuada la dinámica familiar en la sociedad actual, ya que la familia como grupo ha evolucionado, estableciendo nuevas estructuras, nuevos roles y nuevas normas que afectan directamente al estilo de relación, funciones de los miembros, etc.

En general, la familia asume unas funciones básicas y universales que derivan del ámbito biológico y se integran en los niveles cultural y social. “Abarcan también funciones que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades económicas, constituyéndose en una unidad cooperativa que se encarga de la supervivencia, el cuidado y la educación de los hijos. Pero la familia también implica interacción entre sus miembros, en la que intervienen el afecto, el amor, los sentimientos, el apego, los lazos consanguíneos y el apoyo emocional.

Todo esto, a su vez, está influenciado por la cultura, que moldea estas variables dando formas familiares diferentes en función del lugar en el que nos encontremos” (Seshadri, 2010)²⁶.

El tipo de familia predominante en la sociedad occidental es la familia conyugal o nuclear, que consta del marido, la esposa y los hijos no adultos; conforme los hijos van creciendo, alcanzan la mayoría de edad y comienzan a ser económicamente autosuficiente abandonan la familia para formar las suyas propias. La familia se vuelve a reducir a la pareja conyugal, aunque también es posible que los progenitores de los cónyuges se incorporen al hogar.

2.3.2. Tipos de familias:

Benitez & Gimenez, (2010)²⁷ considera que las familias están clasificadas en los siguientes tipos:

- **Familia Nuclear:** Formada por la madre, el padre y su descendencia.
- **Familia Extensa:** Formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- **Familia Monoparental:** En la que el hijo o hijos vive(n) solo con uno de sus padres.
- **Familia Homo-Parental:** En la que el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual.
- **Familia Ensamblada:** En la que está compuesta por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos), y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad

²⁶ Seshadri, V. (2010). Consumo de cannabis: determinantes y consecuencias en una muestra de estudiantes valencianos. Valencia.

²⁷ Benítez, M., & Giménez, M. (2010). Maltrato infantil y contextos social, el impacto en el desarrollo del niño. Perú.

y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.

Adicionalmente Benitez & Gimenez, (2010)²⁸, también establece los estilos de padres o familias, los cuales son:

Estilo Sobreprotector: Aquí se puede establecer que las características de los padres evita el enfrentamiento del niño con obstáculos y/o dificultades tanto físicas como socioemocionales, por lo tanto sus hijos son indefensos inseguros, no competentes, sin autonomía, temerosos, limitados y problemas en el nivel de autoestima.

Estilo Permisivo: En este estilo existe un elevado nivel de afecto. Elevado nivel de comunicación, pero no son capaces de establecer límites ni controlar las conductas de sus hijos. Su actitud siempre es positiva frente a la conducta de sus hijos. Utilizan muy poco o casi nada el castigo. No transmiten noción de autoridad. No demuestran coherencia (dicen algo y hacen otra cosa) No hay modelos adecuados. Por comodidad o por no complicar la relación terminan cediendo a los caprichos, por lo tanto los hijos tienen problemas para controlar sus impulsos.

Estilo Autoritario: Aquí los padres son rígidos. Ponen límites sin explicación. Alto nivel de control y exigencia de madurez. Bajo nivel de afecto y comunicación. No consideran las características propias de su hijo. (Exigen sin considerar las capacidades del niño) Imponen muchas normas. Otorgan gran valor a la obediencia y a la autoridad. No consideran flexibilizar las reglas. No aceptan que sus hijos están creciendo (normas rígidas), Su disciplina se basa en el castigo, por lo tanto sus hijo tendrán una falta autonomía personal. No desarrollan creatividad.

Estilo Democrático: Los padres presentan niveles altos de comunicación y afecto. Son padres que exigen pero dan afecto. Exigen control y permiten madurez. Promueven la comunicación asertiva. Establecen normas claras. Le dan más importancia a los estímulos, los castigos son el último recurso. Si es necesario recurren al castigo aunque procuran

²⁸ Benítez, M., & Giménez, M. (2010). Maltrato infantil y contextos social, el impacto en el desarrollo del niño. Perú.

razonarlo. Toman en cuenta las opiniones de sus hijos, por lo tanto los niños serán competentes socialmente. Hábiles en las relaciones con sus compañeros. Respetan los parámetros del entorno. Respetan sus derechos y los derechos de los demás. Son responsables e independientes. Resuelven adecuadamente sus conflictos (negociación). Son participativos. Son cariñosos. Adecuado nivel de autoestima. Dentro de la familia debe establecerse también la disciplina que corresponden a las reglas y normas de comportamiento adecuado que los padres y madres establecen para sus hijos. El castigo crea miedo y obligación antipática de hacer algo.

2.3.3. Importancia de la familia.

“La familia siempre han sido y es, el principal pilar de la sociedad. Es el lugar donde los miembros nacen, aprenden, se educan y desarrollan. Debe ser refugio, orgullo y alegría de todos sus miembros. Cuando la familia tiene problemas, alegrías o tristezas internas, repercuten en todos los familiares, sufriendolos o disfrutándolos, debido a su total interrelación. La familia cumple a nivel social las siguientes funciones” (Edel, 2011)²⁹:

- Procreación de los futuros ciudadanos;
- Crianza, educación e integración social de las próximas generaciones;
- Permite un equilibrio entre las generaciones;
- Prevención de salud personal y social;
- Permite que se cuiden la 1ra y 3ª generaciones.

Estas funciones sociales no las puede cumplir ninguna otra institución que no sea la Familia, de ahí la importancia de conocer a fondo como hacerlo. Uno de los deberes más importantes de la familia, por lo tanto, es el de ir introduciendo a los hijos en los ámbitos más valiosos de la vida, como son los de:

- Ayudar a los hijos a descubrir los bienes trascendentes.
- Iniciarlos en el sentido del dolor y del sufrimiento.
- Iniciarlos en el sentido del trabajo.
- Iniciarlos en el sentido del amor y la solidaridad.

²⁹ Edel, R. (2011). Calidad, eficiencia y cambio en educación. Revista iberoamericana de educación.

2.3.4. Familia integrada y disgregada.

Familia integrada.

La integración familiar ocurre cuando lo que le sucede a una persona les importa a todos los demás. Por ejemplo si el niño se siente orgulloso por lo que ha hecho en el colegio, el resto de la familia le prestará atención y se sentirá orgulloso también. “Es importante tener una meta familiar que todos estén dispuestos a compartir y que ésta se forme a partir de las metas individuales de cada quién, lo cual se logra abriendo los canales de comunicación y retroalimentación” (Jimenes Leon, 2011)³⁰.

Cuántas veces se ha escuchado que el hijo adolescente se aburre con sus padres y que prefiere salir con amigos, esa es la salida fácil; el verdadero reto es encontrar actividades que sean interesantes para toda la familia. Los adultos queremos que se adapten a lo que solemos hacer.

La familia integrada es aquella donde se conocen las metas de cada miembro y es de interés común que sean alcanzadas.

Familia disgregada.

Predominan las individualidades (como entes aislados, distantes y rígidos). Hay cierto estancamiento en la identidad grupal y un consecuente deterioro de la identidad grupal, normas y los valores pierden importancia. Los mensajes no tienen un contenido afectivo. La ideología que prevalece es: Has tu vida, no te metas en lo ajeno.

2.3.5. Desintegración familiar.

La desintegración familiar es uno de los mayores problemas que existen en la actualidad en muchos países, especialmente en los latinoamericanos. “Es un problema social que

³⁰ Jiménez León, A. (2011). La familia como agente activo en el desarrollo educativo. California.

desencadena la aparición de otros problemas que afectan el desarrollo normal de la familia y de la sociedad” (Piñeiros & Rodríguez, 2013)³¹

La desintegración familiar es el producto del quebrantamiento de la unidad familiar y/o insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros lo cual es un proceso de una familia organizada de cualquier índole que pierde gradualmente su organización, hasta terminar con una separación o desintegración.

La familia constituye la célula fundamental de la sociedad. “Sin embargo, son diversos los factores que atentan a los cimientos de esta institución, una de ellas es precisamente la migración la misma que se ha incrementado sustantivamente en las últimas décadas, lo que ha significado serios estragos al tejido social, sobre todo por el abandono del país de miles de hombres y mujeres que dejan, no sólo el país sino también su ciudad, su barrio, su comunidad, su familia, y es precisamente esta última la que sufre las mayores secuelas de la migración” (Parra Sandoval, 2012)³².

Los padres que viajan a otros países y dejan a sus hijos bajo el cuidado de abuelos, tíos y otros, les están exponiendo al impacto de su ausencia lo cual se traduce en problemas conductuales, bajo rendimiento escolar, formación de pandillas juveniles; muchos de ellos han manifestado que el dinero que les envían del exterior sus padres, nunca servirá para compensar el vacío de soledad que sienten y que preferirían que sus padres estén con ellos aún con ciertas carencias económicas.

“Los hijos se sienten abandonados, desprotegidos, por lo que se dejan invadir por sentimientos de soledad nociva que en muchos casos terminan por deprimirlos tanto que buscan refugiarse en algo que les haga olvidar; no existe motivación por nada en el hogar, mucho menos por el estudio, parece ser que la vida misma ya no tiene sentido sin la presencia de quienes le dieron el ser” (Reed Shaffer, 2010)³³

³¹ Piñeiros, L., & Rodríguez, A. (2013). Los insumos escolares en la educación secundaria y su efecto en el rendimiento de los estudiantes. Bogotá.

³² Parra Sandoval, R. (2012). La escuela urbana. Bogotá: Tercer Mundo.

³³ Reed Shaffer, D. (2010). Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia, entorno familiar en el desarrollo intelectual del niño. Madrid.

En un estudio que realizó en la institución Talleres Infantiles Proyectado a la Comunidad señalando que: “La desintegración familiar debe de entenderse no necesariamente como la separación y/o el divorcio, sino que es la descomposición de las relaciones entre miembros de una familia originando conflicto irresuelto y/o mal resuelto en su interior produciendo la carencia de proyectos comunes entre los integrantes de una familia” (Cominetti & Ruiz, 2014)³⁴

La desintegración familiar muchas veces se da por problemas de drogadicción, religión, violencia, etc. que provocan la separación de una familia y que al separarse, los hijos son en sí los más afectados, más aun si estos son adolescentes ya que en esta edad necesitamos del ejemplo de ambos padres y del apoyo de estos para solucionar nuestros problemas, y también necesitamos que estos nos impulsen y ayuden a realizar nuestros sueños, pero para eso hace falta una adecuada comunicación entre padres e hijos.

“La comunicación inadecuada es lo que ocasiona la desintegración de una familia. Los padres no prestan atención a sus hijos, a los problemas de éstos y a sus necesidades afectivas, psicológicas, etc., y sólo se dedican a solucionar sus necesidades económicas, sin darse cuenta que un cariño, una palabra de aliento, un buen consejo, pueden evitar que su hijo caiga en algún tipo de vicio” (Moreno, 2009)³⁵

También, se puede definir la desintegración familiar como el rompimiento de la unidad familiar, lo que significa que uno o más miembros dejan de desempeñar adecuadamente sus obligaciones o deberes. Lamentablemente existen un gran número de factores para que los padres de familia y la misma familia se desintegren, tales como la migración a la ciudad, los divorcios, las adicciones y los problemas económicos, entre otros factores.

2.3.5.1. Consecuencias de la desintegración familiar.

“Las consecuencias son el resultado de la falta de unidad y estabilidad familiar, que impactan con mayor frecuencia a los niños y adolescentes, ya que en esta edad es más

³⁴ Cominetti, R., & Ruiz, G. (2014). Algunos factores del rendimiento: Expectativas educativas. Development.

³⁵ Moreno, M. (2009). Introducción a la Metodología de la investigación educativa. México: Progreso S.A.

vulnerable, debido a que es una etapa en la cual se requiere del apoyo y la orientación por parte de los padres” (Perez Testor, 2014)³⁶

Sin embargo, cuando la familia está desintegrada, no se pueden satisfacer las necesidades que demandan los hijos, prevalece en ellos la inseguridad y poca confianza en sí mismos. En este sentido, para el desarrollo del adolescente es determinante propiciar un ambiente familiar favorable. Por lo tanto, resulta indispensable tener una familia integrada en la cual se pueda sostener para traspasar las dificultades y obstáculos que se le presenten.

Muchas familias que no logran mantener un equilibrio emocional en sus miembros provocan diversas reacciones. Desafortunadamente, muchos padres de familia piensan que sus hijos no se dan cuenta de lo que sucede y, que por lo tanto no les afecta, cuando en realidad no sucede así, ya que los niños van buscando la manera de decir que están ahí, que sienten y que también importan, por lo general, dicha manera suele presentarse negativamente, con conductas totalmente diferentes a las adecuadas.

Cuando esta desintegración se desencadena en la vida de un niño que tiene conciencia y entiende lo que sucede, representa un golpe muy duro para él. Su familia en ese momento es su todo, qué sentirá al verla desmoronada, es algo muy difícil, quizá no sabe cómo será su vida de ahora en adelante, con quien estará, etc.

“Uno como adulto entiende este tipo de situaciones y analiza los factores dando razón de ellos, pero un niño o adolescente no es algo impenetrable y habitual que busca hallar un culpable, muchas veces se culpa a sí mismo. El rompimiento parcial o total de los vínculos afectivos entre los cónyuges y entre los padres e hijos, origina conflictos constantes entre las familias y, en escala mayor, conflictos sociales” (Moore, 2011)³⁷

Los conflictos emocionales producen angustia y tensión, lo que a su vez es causa de todo género de enfermedades mentales. Cuando el niño carece de autoridad y amor equilibrado de parte de los padres se va revelando progresivamente, primero contra la autoridad paterna, contra los maestros, las autoridades civiles, las religiosas y finalmente con la autoridad

³⁶ Perez Testor, D. (2014). Factores asociados al rendimiento escolar. Francia .

³⁷ Moore, S. (2011). El papel de los padres en el desarrollo de la competencia social y educativa. Cevilla.

divina. Cuando este niño sea hombre carecerá de la capacidad de amar, desde si mismo hasta a Dios.

Los casos de agresividad por lo general tienen su origen en el seno familiar por diversas razones, divorcio, abandono, maltrato, problemas familiares, problemas económicos, etc. Si el niño recibe por parte de sus padres agresiones o maltratos, se darán cambios en su relación con la sociedad. “Cuando no se atienden debidamente las necesidades de la familia, este se desestabiliza al faltar comprensión y organización surgiendo entre los hijos el sentimiento de culpa y la inseguridad en su actuar, al verse dañados en el aspecto emocional, afectivo y social” (Benitez & Gimenez, 2010)³⁸.

También puede convertir al individuo en un ser consumista, alienarlo e estimularlo a la violencia, al sexo, a las drogas, etc. Todas estas consecuencias, son producto de un desorden en la personalidad del sujeto que atraviesa por dicha situación, además no cuentan con una sugerencia responsable, que lo ayude a tomar o elegir el camino correcto para dar sentido a su vida.

La mayoría de relaciones que sufren alguna de las causas de la desintegración familiar presentan como consecuencias:

- El divorcio o la separación de la pareja.
- Baja autoestima de uno o ambos miembros de esta, lo cual puede provocar depresión, que en caso de no ser tratada puede desembocar en el suicidio de la persona.
- Fracaso escolar Asistencia escolar y retraso, Los estudiantes de familias divididas abandonan las clases en un índice de un 30% superior al de los hogares unidos. Estas diferencias existen debido en parte a que los hogares divididos parecen menos capaces de supervisar y controlar a sus hijos.
- En casos extremos la prostitución, alcoholismo o adicción de alguno de sus integrantes.
- Lejanía de los padres, reflejada en el abandono de los hijos, situación que afecta emocionalmente a los últimos los cuales llegan a experimentar:

³⁸ Benitez, M., & Gimenez, M. (2010). *Maltrato infantil y contextos social, el impacto en el desarrollo del niño*. Peru.

- Problemas de Integración Social, reflejados principalmente en el ámbito escolar de los niños, bajas calificaciones y dificultades para hacer amigos.
- Problemas respecto a su bienestar psicológico, como suelen ser:
- Tristeza, que provoca niños melancólicos y con poco interés a realizar actividades
- Depresión, lo cual se refleja principalmente en el aislamiento de los niños y en caso de no ser tratada a tiempo podría desembocar en el suicidio del menor.
- Problemas de Pandillerismo, la poca atención brindada a los niños y sobre todo a los adolescentes podría desembocar que estos busquen refugio en las pandillas y lleguen a la comisión de un delito.
- El vivir con parientes cercanos que en muchas ocasiones no brinda lo necesario para el sano desarrollo de los infantes.

2.3.6. Entorno Familiar

En el contexto de la familia la mayoría de niños y jóvenes establecen sus primeros vínculos socio-emocionales los cuales proporcionarían las bases de seguridad que necesitan para explorar el mundo que los rodea y para el desarrollo de sus posteriores relaciones interpersonales. El entorno es lo que rodea a un individuo, formando parte de él. Una persona se moverá en diferentes entornos a lo largo de su vida. Los más importantes son: laboral, familiar y educativo.

El entorno familiar marcará las convicciones sociales y morales de la persona, determinando su moral en un futuro como adulto. El educativo le formará para su desenvolvimiento en la sociedad. En laboral marcará su nivel económico. Todo individuo tiene muchas realidades en el mismo espacio y tiempo pero solo una elección, que es su yo en ese momento. Como conclusión entorno es lo que nos deja interactuar con el medio. Esto es sinónimo de ambiente.

“Otra definición más fácil es lo que te rodea, siendo sinónimo de espacio vital. El entorno son los factores externos de una entidad. El aspecto cambiante es fundamental para la adaptación al medio. Lo que se refiere a la adaptación. Este hace referencia a las personas

que constituyen tu vida. Por lo que, el entorno familiar constituirá las bases del individuo. El entorno familiar hace a la persona, no los centros” (Piñeiros & Rodriguez, 2013)³⁹.

La familia es el pilar emocional del niño y la base de sus valores fundamentales para su evolución interior. También se puede señalar que el entorno familiar es el conjunto de relaciones que se establecen entre los miembros de una familia que comparte el mismo espacio. Cada familia vive y participa en estas relaciones de una manera particular, de ahí que cada una desarrolle unas peculiaridades propias que le diferencian de otras familias.

Pero el entorno familiar, sea como sea la familia, tiene unas funciones educativas y afectivas muy importantes, ya que es parte de la base de que los padres tienen una gran influencia en el comportamiento de sus hijos y que este comportamiento es aprendido en el seno de la familia.

Lo que difiere a unas familias de otras es que unas tienen un entorno familiar positivo y constructivo que propicia el desarrollo adecuado y feliz del niño, y en cambio otras familias, no viven correctamente las relaciones interpersonales de manera amorosa, lo que provoca que el niño no adquiera de sus padres el mejor modelo de conducta o que tenga carencias afectivas importantes.

El entorno familiar no es fruto de la casualidad ni de la suerte. Es consecuencia de las aportaciones de todos los que forman la familia y especialmente de los padres. Los que integran la familia crean el entorno y pueden modificarlo y de la misma manera, el entorno familiar debe tener la capacidad de modificar las conductas erróneas de nuestros hijos y de potenciar al máximo aquellas que se consideran correctas. “Para que el entorno familiar pueda influir correctamente a los niños que viven en su seno, es fundamental que los siguientes elementos tengan una presencia importante y que puedan disfrutar del suficiente espacio” (Parra Sandoval, 2012)⁴⁰:

Amor: Que los padres queremos a nuestros hijos es un hecho evidente, pero que lo manifestemos con suficiente claridad ya no resulta tan evidente. Lo importante es que el

³⁹ Piñeiros, L., & Rodriguez, A. (2013). Los insumos escolares en la educación secundaria y su efecto en el rendimiento de los estudiantes . Bogota.

⁴⁰ Parra Sandoval, R. (2012). La escuela urbana . Bogota: Tercer Mundo.

niño se sienta amado. Para ello, además de decírselo con palabras, tenemos que demostrar que nos gusta como es, que queremos su felicidad, que sienta la seguridad que le damos, el apoyo y el reconocimiento y ayudarle en todo lo que necesite. Y esto se consigue mediante los pequeños detalles de cada día: mostrando interés por sus cosas, preguntando, felicitando, sabiendo lo que le gusta e interesa, y mostrándonos comprensivos y pacientes.

Autoridad participativa: Tiene que ver con la manera de ejercer la autoridad. Considero indiscutible que los padres deben saber cómo ejercer la autoridad. La autoridad es un derecho y una obligación que parte de nuestra responsabilidad como padres en la educación de nuestros hijos. Pero la autoridad sólo tendrá una función educativa correcta si se ejerce de manera persuasiva cuando los hijos son pequeños, y de manera participativa cuando ya sean mayores.

Intención de servicio: La intención del servicio que brindamos los padres a los hijos tiene que ver con la intencionalidad o la finalidad de nuestra autoridad y de nuestras relaciones en general. Los padres debemos buscar la felicidad de nuestros hijos y ayudarles para que su vida sea más agradable y más plena. Nunca debemos utilizar nuestra autoridad para aprovecharnos de nuestros hijos ni vivirla como un privilegio o una ventaja que tenemos sobre ellos.

Trato positivo: El trato que brindamos a nuestros hijos y a nuestra pareja debe ser de calidad y positivo, es decir, agradable en las formas y constructivo en el contenido. Es frecuente que nuestros hijos escuchen de nuestros labios más críticas que halagos. No debería ser así. Debemos comentar todo lo bueno que tienen las personas que conviven con nosotros y todo lo positivo de sus acciones. “También podemos y debemos comentar las cosas negativas, pero no debemos permitir que nuestro afán perfeccionista nos haga ver sólo los defectos que hay que mejorar. Pensemos que con ello podríamos lesionar gravemente uno de sus mejores recursos: su autoestima” (Anchundia, 2009)⁴¹.

Tiempo de convivencia: La quinta condición para un buen entorno familiar es que tengamos suficiente tiempo para compartir con los hijos y con la pareja. Seguramente es una condición que muchas veces no depende de nosotros y que a veces resulta difícil de

⁴¹ Anchundia, S. (2009). Bajo rendimiento académico de los estudiantes. Quito : Don Bosco.

conseguir. Pero es necesario que exista tiempo libre para disfrutar en familia y que permita conocernos los unos a los otros, explicarnos lo que hacemos, lo que nos gusta y lo que nos preocupa, y que podamos ayudarnos y pasarlo bien juntos.

Muchas veces no es necesario disponer de mucho tiempo, sino que el tiempo que tengamos sepamos utilizarlo correctamente. Quizás es mejor para el niño que sólo dispongas de un par de horas pero que estés con él dibujando, yendo en bicicleta o explicándole un cuento. Ese es un tiempo de convivencia de calidad, porque tu atención está centrada en tu hijo y eso él lo nota y lo agradece.

Cuanto mejor se cumplan estos 5 requisitos y más atención pongamos en ellos, mejor será la educación que recibirá vuestro hijo de su entorno familiar, y gracias a ella él conseguirá:

- Recibir la información adecuada sobre aquellas actitudes y valores sociales y personales que se consideran correctos, gracias al buen ejemplo de sus padres.
- Recibir información sobre sí mismos, sobre cómo son, a través de nuestras opiniones, reacciones y juicios de valor y de la calidad del trato que les otorgamos.
- Desarrollar la confianza en sí mismo y la autoestima gracias a las manifestaciones de amor y de reconocimiento que colman sus necesidades afectivas básicas: necesidad de afecto, necesidad de aceptación y necesidad de seguridad.

2.4. Consumo de drogas en la adolescencia y la familia.

La adolescencia, por una parte, y el consumo de drogas, por otra, son circunstancias vitales que provocan cambios en las dinámicas familiares. Muchas de las estrategias de prevención del consumo de drogas se centran en el entorno familiar, evaluando los sistemas familiares para implantar estrategias de afrontamiento que sirvan para prevenir las conductas problemáticas, entre ellas el consumo de drogas.

Además, la familia está expuesta a otras fuentes de estrés que pueden coexistir con los problemas derivados del consumo de drogas, como pueden ser problemas de tipo laboral, económicos, intrafamiliares, enfermedades, fallecimientos, etc. Esta circunstancia es importante a la hora de valorar la situación familiar, cuáles son los estresores que pueden

estar afectando a la dinámica familiar y qué recursos pueden ser los más eficaces para afrontarlos con éxito.

El consumo de drogas por parte de los miembros más jóvenes puede ser percibido como un estresor que exige cambios en el sistema de funcionamiento familiar. Cuando este tipo de consumo es percibido por parte de los padres como un problema difícil de abordar aparecen las tensiones, que pueden sumarse a otros estresores anteriores que con frecuencia suelen favorecer la aparición de problemas en las relaciones familiares, trastornos psicopatológicos, conductas problemáticas en los hijos, problemas de pareja, etc.

Los estresores, en general, pueden interactuar con las tensiones existentes en la familia y exacerbarse mutuamente. Aunque sea cual sea la causa, las exigencias acumuladas no satisfechas generan estrés y crisis. Para satisfacer estas exigencias es necesario recurrir a las capacidades, que son de dos tipos: los recursos y el afrontamiento.

Los recursos son capacidades que la familia posee (herramientas que se construyen desde lo ecológico-relacional y que posibilitan al ser humano estar en acción). Mientras que el afrontamiento es la capacidad del individuo que tiene que ver con los esfuerzos cognitivos y comportamentales, se actualizan constantemente y se activan para manejar las demandas específicas ambientales, externas o internas que son evaluadas como desbordantes por el individuo.

El apoyo, el afecto, la calidad de la comunicación, el diálogo, la expresión de los sentimientos, el respeto mutuo y la capacidad de la familia así como la de sus integrantes para introducir cambios en su funcionamiento parecen ser elementos decisivos para un buen funcionamiento familiar.

La familia necesita ir respondiendo a las demandas del hijo de mayor autonomía y de mayor implicación en la toma de decisiones familiares: deben modificarse los estilos de socialización familiar, en concreto, el grado y tipo de control, porque el adolescente ya no responde a los viejos intentos de control paterno y comienza a cuestionar la autoridad de los padres. Unos recursos familiares de afrontamiento inadecuados o deficientes pueden servir para explicar el porqué de determinadas conductas de riesgo en los adolescentes, especialmente las que tienen que ver con el consumo de drogas y las conductas delictivas.

Todo esto es importante en el ámbito de la intervención psicosocial, de cara al diseño de estrategias concretas de entrenamiento familiar que ayuden a evitar o minimizar los comportamientos problemáticos de los hijos, no sólo cuando son adolescentes sino a edades más tempranas, cuando el menor se está construyendo tanto a nivel personal como social. Quizás ésta sea una de las claves para prevenir el consumo de alcohol y tabaco a edades tan tempranas como son los 12-14 años, que es donde los estudios epidemiológicos sitúan los primeros contactos con estas drogas legales.

El apoyo social constituye un fenómeno familiar y un lugar común de interacción entre las personas. Por tanto, aunque se trata de una visión muy amplia y poco operativa del constructo de apoyo social, parece que el seno familiar puede ser considerado como un micro sistema donde sus miembros se relacionan de forma espontánea a lo largo del proceso de socialización de los jóvenes y en el que se tienen que gestionar tanto los acontecimientos cotidianos no considerados problemáticos como los que sí lo son y que ponen en peligro el equilibrio de las relaciones familiares.

En este sentido, el consumo de drogas (de manera problemática) puede ser considerado un estresor de las dinámicas familiares, teniendo en este caso el apoyo social que la familia puede proporcionar un valor funcional. En el caso de los menores, este apoyo social puede tener el valor funcional de proteger a los menores de los efectos adversos derivados del consumo de drogas.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Métodos de investigación.

Método Inductivo – Deductivo.

El método Inductivo – Deductivo es un método de corte lógico que se aplico con la finalidad de obtener conclusiones de hechos particulares, para así obtener las conclusiones generales de una investigación.

3.2. Tipo de Estudio.

Se determinó que el estudio seria correlacional y descriptivo debido a que por medio del mismo se define el rol de la familia en el consumo de drogas y alcohol por ello se examinó la asociación entre el tipo de familia y tipo de consumo.

3.3. Población y muestra.

3.3.1. Población.

El universo de estudio seleccionado fueron los 456 adolescentes hombres y mujeres que cursan sus estudios en la Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo.

3.3.2. Muestra

Con el fin de determinar la muestra se aplicaron criterio de inclusión y exclusión los cuales se presentan a continuación:

Criterios de inclusión.

- Adolescentes hombres y mujeres de entre los 12 a 18 años de edad.

- Adolescentes asistentes a la Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo
- Voluntad de participar en las encuestas, reflejado en el Asentimiento y consentimiento informado

Criterios de exclusión.

- Alumnos adolescentes de la Unidad Educativa Simón Bolívar ausentes el día de la recolección de datos
- Encuestas llenadas incorrectamente
- Adolescentes que no tengan familia.
- Negativa por parte del adolescente a participar en el estudio.
- Adolescentes con diagnóstico orgánico mental que causa dependencia o discapacidad para responder la encuesta

Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión la muestra fue determinada en 395 estudiantes.

3.4. Instrumentos de recolección de información.

La escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III):

Es un instrumento de auto aplicación que evalúa dos principales funciones a través de 20 reactivos. Tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre.

Test: AUDIT, Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria.

Cuestionario: OMS - ASSIST V3.0

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo internacional de investigadores y médicos como una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos

3.5. Procedimiento de recolección de información.

Para la recolección de información se aplicaron tres instrumentos específicos orientados a la determinación de trastornos de consumo de alcohol y drogas así como la cohesión familiar que presenta un grupo focal de estudio ya sea de forma individual como grupal.

Previo a la recolección de información, el día anterior se entregó a casa estudiante la solicitud de consentimiento informado, para la autorización respectiva de cada representante legal, en el cual se brindaba la información necesaria con respecto al estudio a realizarse, la participación anónima de su representado, y que el estudio no tendría costo alguno. El consentimiento fue retirado y anexado a las encuestas el día en que se recolectó la muestra.

Además se generó la entrega del Asentimiento informado a cada estudiante el cual al ser firmado por refleja la intención positiva del estudiante de formar parte de este estudio, en el cual también se le brindaba la información necesaria con respecto al estudio a realizarse, la participación anónima, y que el estudio no tendría costo alguno

Luego de verificar cada consentimiento informado, se realizó la toma de la muestra contando con la colaboración de un representante del centro educativo (Inspectora General).

Para medir el consumo de alcohol, se aplicó el test de AUDIT, desarrollado por la OMS que cuenta con una sensibilidad de 57 – 59 % y una especificidad 91 – 96% para consumo excesivo; y para dependencia de alcohol tiene una sensibilidad de 66 – 71% y una especificidad de 85 – 86%, se le entregó a cada estudiante un test que consta de 10 preguntas y cada una de 4 ítems de respuesta, el cual fue llenado de forma escrita e individual.

Para valoración del entorno familiar se utilizó el Faces III, test verificado y utilizado por la OMS consta de 18 preguntas que evalúan la cohesión y flexibilidad existente en la familia, cada pregunta con 5 ítems de respuesta, dando como resultado final una evaluación familiar en donde se puede ver si la relación entre cohesión y flexibilidad es balanceada, media o extrema, y el cual fue llenado de forma escrita e individual.

Para la valoración de consumo de drogas se utilizó el Assist 3,0 aplicado también por la OMS y aprobado por el MSP, cuestionario que evalúa el consumo de drogas de diferentes tipos y las consecuencias de este consumo en las actividades diarias y familiares del implicado dando como resultado la especificidad de consumo bajo, medio o alto y los niveles de intervención a realizar.

Se realizó la aplicación de estos test grupalmente, dentro de cada aula de estudio, pero la resolución de dichos test fue de forma individual, no teniendo inconveniente alguno al realizarlo de esta forma.

3.6. Plan de análisis

Se realizó una base de datos vaciando toda la información obtenida de los test, en Microsoft Excel, luego dicha base fue codificada y depurada, evitando los test que estuvieran mal llenados, o en los cuales existieran estudiantes menores de 12 años o mayores de 18 años. Luego se procedió a la creación de variables, con los totales de puntaje de cada test, y se trasladó a rangos cualitativos según fue requerido.

Al terminar este procedimiento se exportó esta base de datos al programa IBM SPSS Statistics 20, para su posterior análisis.

Para las variables cualitativas: Sexo, Nivel educativo, entorno familiar, Problemas con el alcohol (AUDIT), Faces III, Assist para el consumo de drogas, se utilizaron tablas estadísticas para determinar las frecuencias; y para las para las variables cuantitativas: Edad se utilizaron tablas para determinar media.

3.7. Aspectos Bioéticos

Se obtuvo un permiso de las autoridades tanto del distrito de educación como de la Unidad Educativa para poder realizar la encuesta a sus estudiantes, en los predios de la Unidad Educativa, al mismo tiempo se contó con el asentimiento informado de participación de los adolescentes y el consentimiento informado de los padres, teniendo la información necesaria en donde se explica el motivo y la utilización que se dará a la información proporcionada por ellos, además que se especifica que los resultados serán confidenciales y que están en todo su derecho de retirarse cuando así lo deseen. Para ello fueron utilizados las hojas de consentimiento y asentimiento de la OPS

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Características Demográficas de la población en estudio

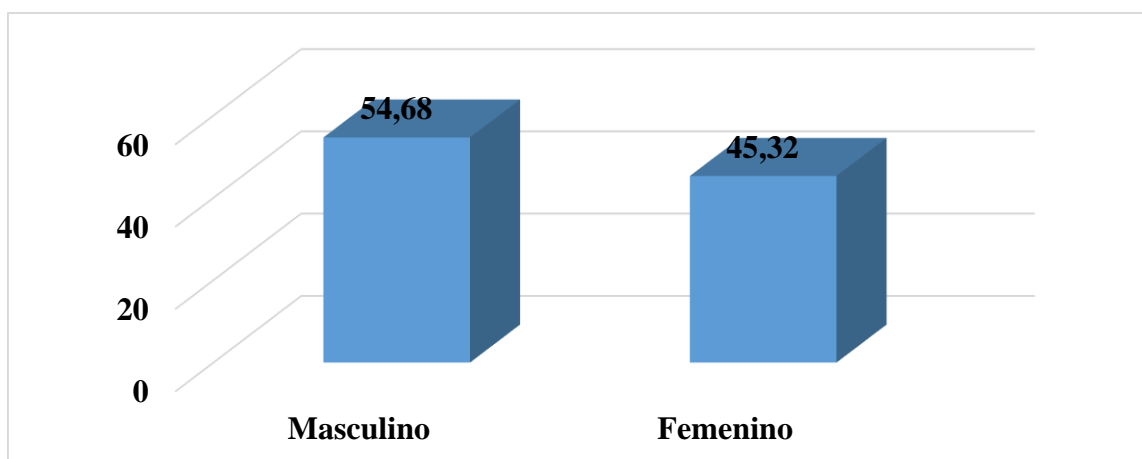
Cuadro N° 1: Sexo

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	216	54,68
Femenino	179	45,32
Total	395	100

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Grafico N° 1: Sexo



Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

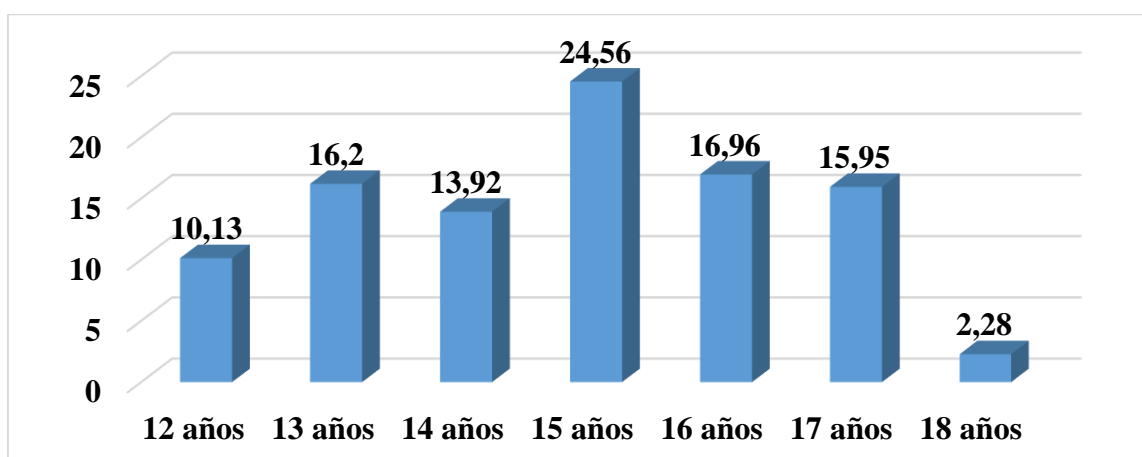
Mediante de la aplicación de los instrumentos de recolección de información fue posible determinar que el 54.68% de los encuestados es de sexo masculino y el 43.36% es de sexo femenino.

Cuadro N° 2: Edad

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
12 años	40	10,13
13 años	64	16,20
14 años	55	13,92
15 años	97	24,56
16 años	67	16,96
17 años	63	15,95
18 años	9	2,28
Total	395	100

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.
Elaborado por: Autores de tesis.

Grafico N° 2: Edad



Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.
Elaborado por: Autores de tesis.

Mediante de la aplicación de los instrumentos de recolección de información fue posible determinar que el 10.13% de los encuestados tienen doce años de edad; el 16.20% tienen trece años; el 13.92% cuenta con una edad de catorce años; el 24.56% se encuentra en la edad de quince años; el 16.96% tiene dieciséis años; el 15.95% se encuentra en la edad de diecisiete años y el 2.28% tiene dieciocho años de edad.

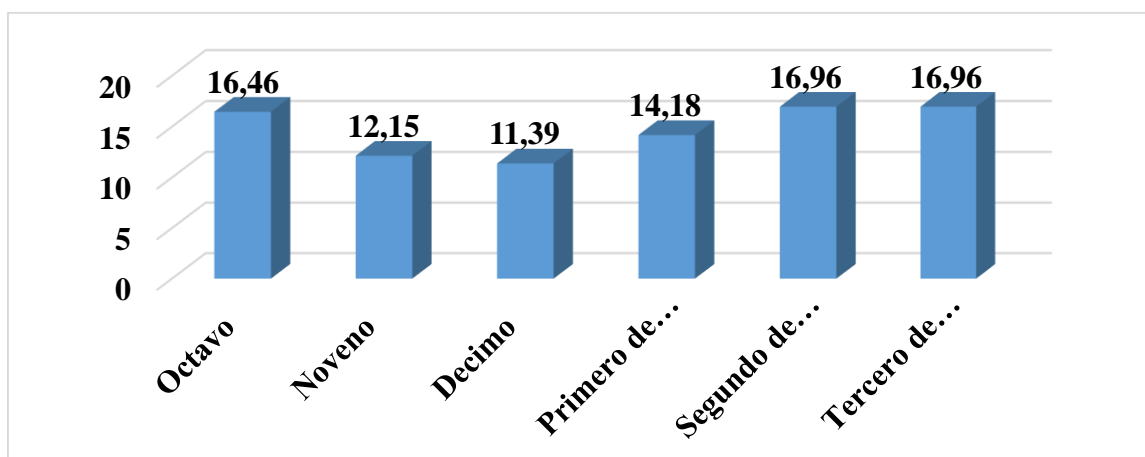
Cuadro N° 3: Escolaridad

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Octavo	65	16,46
Noveno	48	12,15
Decimo	45	11,39
Primero de bachillerato	56	14,18
Segundo de bachillerato	67	16,96
Tercero de bachillerato	67	16,96
Total	395	100

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Gráfico N° 3: Escolaridad.



Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Mediante de la aplicación de los instrumentos de recolección de información fue posible determinar que el 16.46% de los encuestados se encuentran en el octavo año de educación básica; el 12.15% se encuentra en noveno año; el 11.39% está en décimo año; el 14.18% se encuentra en primero de bachillerato; el 16.96% se encuentra en segundo de bachillerato y el 16.96% restante se encuentra cursando el tercero de bachillerato.

4.2. La escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III)

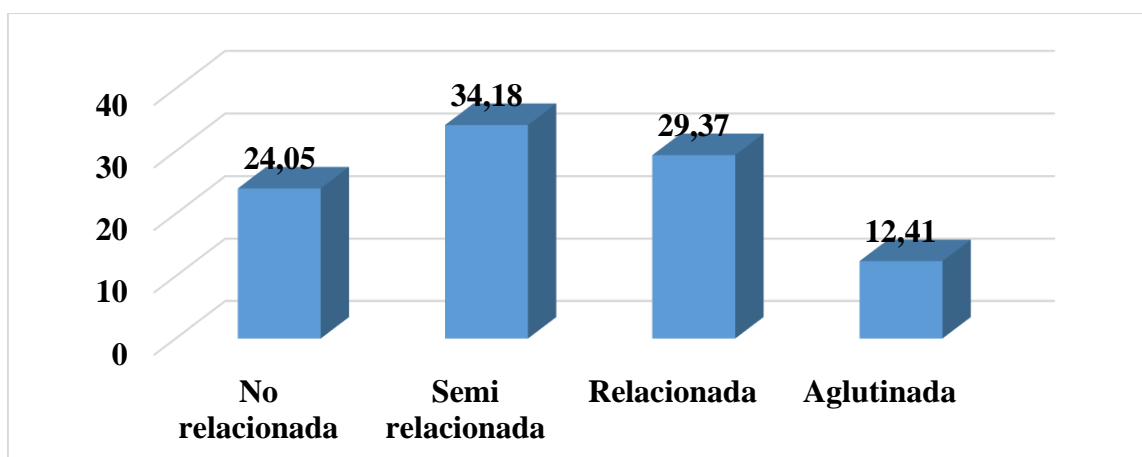
Cuadro N° 4: Dimensión de la cohesión familiar.

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
No relacionada	95	24,05
Semi relacionada	138	34,18
Relacionada	116	29,37
Aglutinada	49	12,41
Total	395	100

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Grafico N° 4: Dimensión de la cohesión familiar.



Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Mediante de la aplicación del instrumento FACES III de recolección de información del ambiente familiar fue posible determinar que el 24.05% de las familias de los encuestados son no relacionada; el 34.18% son semi relacionada; el 29.37% se encuentran relacionado y el 12.41% son aglutinadas. Se evidencia que hay una relación intermedia entre los miembros de las familias de los estudiantes de la unidad educativa lo que puede determinar un bajo nivel de comunicación y orientación por parte de los padres hacia los adolescentes.

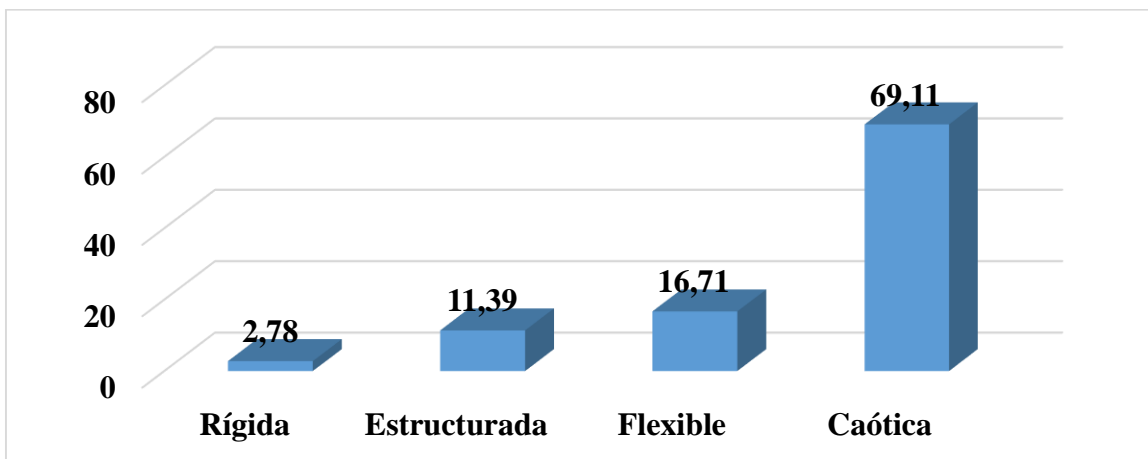
Cuadro N° 5: Dimensión de la flexibilidad familiar.

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	11	2,78
Estructurada	45	11,39
Flexible	68	16,71
Caótica	275	69,11
Total	395	100

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Grafico N° 5: Dimensión de la flexibilidad familiar.



Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Mediante de la aplicación del instrumento FACES III de recolección de información del ambiente familiar fue posible determinar que 2.78% de los encuestados dieron a conocer que su familia en lo que refiere a la dimensión flexibilidad es rígida; el 11.39% fue determinada como estructurada; el 16.71% como flexible y el 69.11% fue caracterizada como caótica. Por medio de la medición de la dimensión de flexibilidad del entorno familiar se determinó que en su gran mayoría es caótica generando que no se tomen las decisiones familiares en forma adecuada y no generar una pertinente orientación a los jóvenes.

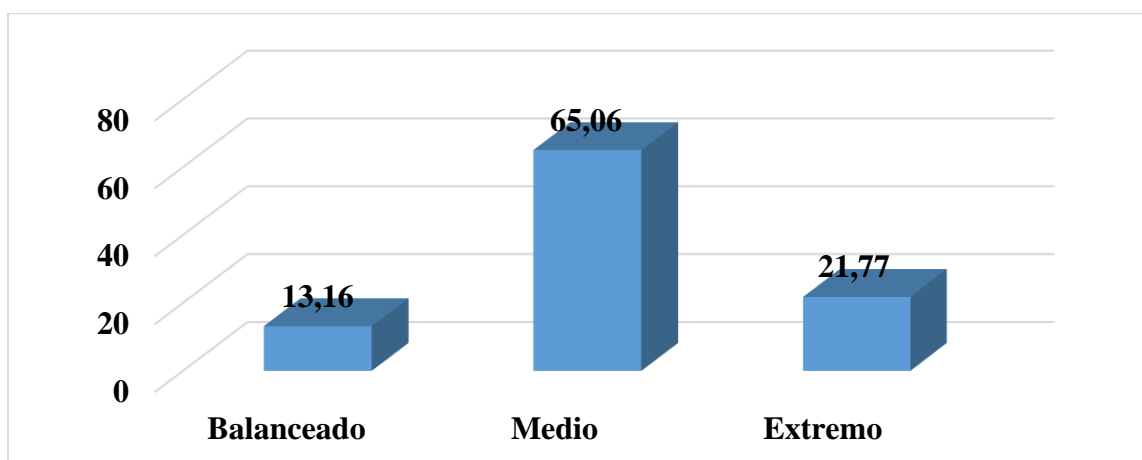
Cuadro N° 6: Estructura familiar FACES III.

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Balanceado	52	13,16
Medio	257	65,06
Extremo	86	21,77
Total	395	100

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Grafico N° 6: Estructura familiar FACES III.



Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Mediante de la aplicación del instrumento FACES III de recolección de información del ambiente familiar fue posible determinar que el 13.16% de las familias de los encuestados se encuentra determinada como una familia balanceada, con un adecuado nivel de flexibilidad y de cohesión familiar; el 65.06% fue determinado como un entorno familiar de nivel medio con una mediana integración y cohesión familiar y el 21.77% se determinó como extremo indicativo de que no hay una adecuada integración entre los miembros de la familia.

4.3. Resultados de la aplicación del test de identificación de trastornos por consumo de alcohol AUDIT

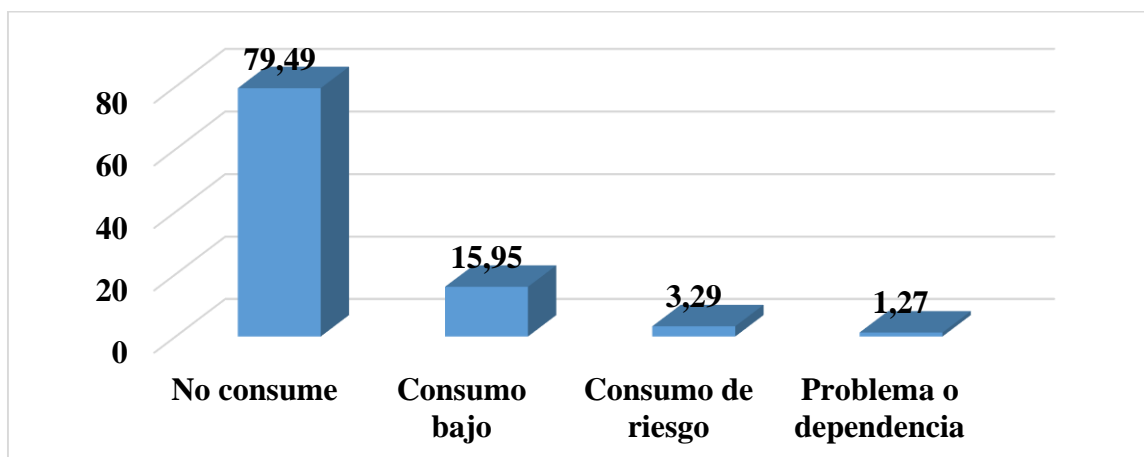
Cuadro N° 7: Riesgo de consumo de alcohol.

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
No consume	314	79,49
Consumo bajo	63	15,95
Consumo de riesgo	13	3,29
Problema o dependencia	5	1,27
Total	395	100

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Grafico N° 7: Riesgo de consumo de alcohol.



Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Mediante de la aplicación del test de identificación de trastornos por consumo de alcohol AUDIT fue posible determinar que el 79.49% de los encuestados no consume alcohol; el 15.95% presenta un consumo bajo; el 3.29% presenta un consumo de riesgo y el 1.27% presenta un problema o dependencia al alcohol.

4.4. Resultados de la aplicación del test de identificación de trastornos por consumo de alcohol AUDIT según la estructura familiar obtenida mediante la aplicación del FACES III, mediante aplicación de CHI CUADRADO.

La prueba del χ^2 (CHI CUADRADO) se usa para variables de distintos niveles de medición, incluyendo las de menor nivel, que son las nominales. Sirve para determinar si los datos obtenidos de una sola muestra presentan variaciones estadísticamente significativas respecto de la hipótesis nula. Con la siguiente ecuación:

$$\chi^2 = \frac{\sum(f_e - f_o)^2}{f_e}$$

Se trata de la razón entre la sumatoria de los cuadrados de las diferencias entre las frecuencias esperadas (f_e) y las frecuencias observadas (f_o) respecto de las frecuencias esperadas (f_e). Como toda razón, expresa una proporción; en este caso, la proporción entre las distancias observadas (elevadas al cuadrado) y las frecuencias esperadas.

Pero la aplicación del chi cuadrado no se puede hacer directamente. Es necesario, antes de ello, realizar dos pasos. Por una parte, establecer el nivel de significación (α), el nivel de significación es arbitrario y se fija de antemano (usualmente entre 0.01 y 0.10, siendo el más usado el de 0.05 que para efectos del estudio se estableció en el mismo.

Los grados de libertad se establecen en función de la cantidad de celdas que tenemos, producto de las categorías de una variable o bien de la cantidad resultante del cruce de dos variables. Cuando trabajo con cuadros de doble entrada (dos variables como en el presente calculo), las categorías de la variable independiente constituyen, cada una, una muestra. En estos casos la forma de establecer los grados de libertad es

$$df = (c - 1) \cdot (f - 1)$$

$$df = (4 - 1) \cdot (3 - 1)$$

$$df = (3) \cdot (2)$$

$$df = 6$$

Siendo “c” el número de columnas y “f” el número de filas.

Cálculo de las frecuencias esperadas.

$$\frac{(a + d + g + j)(a + b + c)}{N}$$

Cuadro N° 8: Frecuencias observadas (preliminar).

FACES III	Balanceado	Medio	Extremo	Total
Riesgo de consumo de alcohol				
No consume	a	b	c	(a+b+c)
Consumo bajo	d	e	f	(d+e+f)
Consumo de riesgo	g	h	i	(g+h+i)
Problema o dependencia	j	k	l	(j+k+l)
Total General	(a+d+g+j)	(b+e+h+k)	(c+f+i+l)	N

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Cuadro N° 9: Frecuencias observadas.

FACES III	Balanceado	Medio	Extremo	Total
Riesgo de consumo de alcohol				
No consume	43	200	71	314
Consumo bajo	9	44	10	63
Consumo de riesgo	0	9	4	13
Problema o dependencia	0	4	1	5
Total General	52	257	86	395

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Calculo de las frecuencias esperadas.

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda a

$$\frac{(52)(314)}{395}$$

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda b

$$\frac{(257)(314)}{395}$$

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda c

$$\frac{(86)(314)}{395}$$

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda d

$$\frac{(52)(63)}{395}$$

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda e

$$\frac{(257)(63)}{395}$$

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda f

$$\frac{(86)(63)}{395}$$

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda g

$$\frac{(52)(13)}{395}$$

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda h

$$\frac{(257)(13)}{395}$$

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda i

$$\frac{(86)(13)}{395}$$

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda j

$$\frac{(52)(5)}{395}$$

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda k

$$\frac{(257)(5)}{395}$$

Cálculo de la frecuencia esperada (fe) para la celda l

$$\frac{(86)(5)}{395}$$

Cuadro N° 10: Frecuencias esperadas.

Riesgo de consumo de alcohol \ FACES III	Balanceado	Medio	Extremo
No consume	41,3367089	204,298734	68,364557
Consumo bajo	8,29367089	40,9898734	13,7164557
Consumo de riesgo	1,71139241	8,45822785	2,83037975
Problema o dependencia	0,65822785	3,25316456	1,08860759

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Una vez que se obtiene el resultado de la ecuación, el número arrojado no tiene significación por sí mismo. En realidad lo obtenido es un parámetro para establecer la validez o no de mi hipótesis de trabajo. Si se observa la fórmula de χ^2

$$\chi^2 = \frac{\sum(f_e - f_o)^2}{f_e}$$

Cuadro N° 11: Calculo de CHI CUADRADO $f_e - f_o$

Riesgo de consumo de alcohol \ FACES III	Balanceado	Medio	Extremo
No consume	1,6632911	-4,298734	2,635443
Consumo bajo	0,7063291	3,0101266	-3,716456
Consumo de riesgo	-1,711392	0,5417722	1,1696203
Problema o dependencia	-0,658228	0,7468354	-0,088608

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Cuadro N° 12: Calculo de CHI CUADRADO $(f_e - f_o)^2$

Riesgo de consumo de alcohol \ FACES III	Balanceado	Medio	Extremo
No consume	2,7665373	18,479114	6,9455598
Consumo bajo	0,4989008	9,0608621	13,812043
Consumo de riesgo	2,928864	0,2935171	1,3680115
Problema o dependencia	0,4332639	0,5577632	0,0078513

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Cuadro N° 13: Calculo de CHI CUADRADO ($\sum (f_e - f_o)^2 / f_e$)

Riesgo de consumo de alcohol	FACES III	Balanceado	Medio	Extremo
No consume		0,0643381	0,0923956	0,0978248
Consumo bajo		0,0554334	0,2059287	1,3812043
Consumo de riesgo		2,928864	0,032613	0,3420029
Problema o dependencia		0,4332639	0,1394408	0,0078513

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Valor resultante de la prueba de χ^2 (CHI CUADRADO)

$$x^2 = 4,613467088$$

Pregunta de Investigación: la familia es un determinante que incide en el consumo del alcohol

Señalamiento de variable.

- **Variable principal:** Riesgo de consumo de alcohol.
- **Variable secundaria:** Estructura familiar.

Hipótesis.

- Hipótesis nula: la estructura familiar no incide en el riesgo de consumo de alcohol
- Hipótesis alternativa: la estructura familiar si incide en el riesgo de consumo de alcohol

Condición: si el valor de “p” es menor a 0,05 se rechaza la hipótesis nula.

Por medio de la aplicación de cálculo de CHI Cuadrado se determinó que el valor de “P” es de 4,613467088 es mayor a 0.05 lo que determina que la hipótesis nula es aceptada por lo tanto “la estructura familiar no incide en el riesgo de consumo de alcohol” generando que esta sea en su mayor parte una decisión personal, la familia y su estabilidad estructural inciden en los miembros de la misma, pero no determina una influencia extrema para el riesgo de consumo de bebidas alcohólicas.

4.5. Resultados de la aplicación del ASSIST V3.0

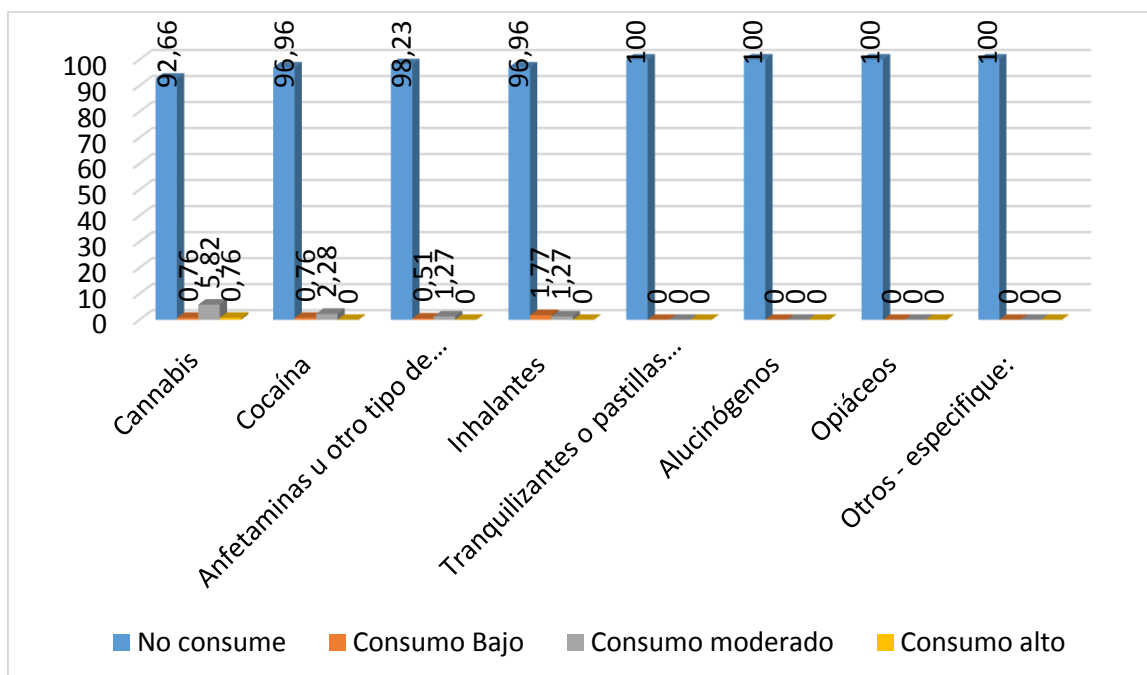
Cuadro N° 14: Niveles de consumo de drogas.

Alternativas	No consume		Consumo Bajo		Consumo moderado		Consumo alto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Cannabis	366	92,66	3	0,76	23	5,82	3	0,76	395	100
Cocaína	383	96,96	3	0,76	9	2,28	0	0,00	395	100
Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	388	98,23	2	0,51	5	1,27	0	0,00	395	100
Inhalantes	383	96,96	7	1,77	5	1,27	0	0,00	395	100
Tranquilizantes o pastillas para dormir	395	100	0	0	0	0	0	0	395	100
Alucinógenos	395	100	0	0	0	0	0	0	395	100
Opiáceos	395	100	0	0	0	0	0	0	395	100
Otros - especifique:	395	100	0	0	0	0	0	0	395	100

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Grafico N° 8: Niveles de consumo de drogas.



Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Por medio de la aplicación del ASSIST V3.0 fue posible determinar el riesgo de consumo de drogas como se lo presenta a continuación:

- Riesgo de consumo de cannabis: el 92.66% no consume; el 0.76% presento un consumo bajo; el 5.82% presento un consumo moderado y el 0.76% presento un consumo alto.
- Riesgo de consumo de cocaína: el 96,96% no consume; el 0.76% presento un consumo bajo; el 2,28% presento un consumo moderado.
- Riesgo de consumo de anfetaminas u otro tipo de estimulante: el 98,23% no consume; el 0,51% presento un consumo bajo; el 1,27% presento un consumo moderado.
- Riesgo de consumo de Inhalantes: el 96,96% no consume; el 1,77% presento un consumo bajo; el 1,27% presento un consumo moderado.

4.6. Determinación del riesgo del consumo de drogas según la estructura familiar (aplicación del CHI Cuadrado).

Cuadro N° 15: Frecuencias observadas en consumo de cannabis.

FACES III	Balanceado	Medio	Extremo	Total
Riesgo de consumo de alcohol				
No consume	48	231	71	314
Consumo bajo	48	231	71	350
Consumo de riesgo	0	3	10	13
Problema o dependencia	3	21	4	28
Total General	1	2	1	4

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Cuadro N° 16: Frecuencias esperadas en consumo de cannabis.

FACES III	Balanceado	Medio	Extremo
Riesgo de consumo de alcohol			
No consume	46,0759494	227,721519	76,2025316
Consumo bajo	1,71139241	8,45822785	2,83037975
Consumo de riesgo	3,68607595	18,2177215	6,09620253
Problema o dependencia	0,52658228	2,60253165	0,87088608

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Pregunta de Investigación: la familia es un determinante que incide en el consumo del cannabis

Señalamiento de variable.

- **Variable principal:** Riesgo de consumo de cannabis.
- **Variable secundaria:** Estructura familiar.

Hipótesis.

- Hipótesis nula: la estructura familiar no incide en el riesgo de consumo de cannabis
- Hipótesis alternativa: la estructura familiar si incide en el riesgo de consumo de cannabis

Condición: si el valor de “p” es menor a 0,05 se rechaza la hipótesis nula.

Por medio de la aplicación de cálculo de CHI Cuadrado se determinó que el valor de “P” es de 25,73539844 es mayor a 0.05 lo que determina que la hipótesis nula es aceptada por lo tanto “la estructura familiar no incide en el riesgo de consumo de cannabis” generando que esta sea en su mayor parte una decisión personal.

Cuadro N° 17: Frecuencias observadas en consumo de cocaína.

FACES III	Balanceado	Medio	Extremo	Total
Riesgo de consumo de alcohol				
No consume	49	247	71	367
Consumo bajo	1	3	10	14
Consumo de riesgo	1	6	4	11
Problema o dependencia	1	1	1	3
Total General	52	257	86	395

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Cuadro N° 18: Frecuencias esperadas en consumo de cocaína.

FACES III	Balanceado	Medio	Extremo
Riesgo de consumo de alcohol			
No consume	48,3139241	238,782278	79,9037975
Consumo bajo	1,84303797	9,10886076	3,04810127
Consumo de riesgo	1,44810127	7,15696203	2,39493671
Problema o dependencia	0,39493671	1,95189873	0,65316456

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Pregunta de Investigación: la familia es un determinante que incide en el consumo de cocaína

Señalamiento de variable.

- **Variable principal:** Riesgo de consumo de cocaína.
- **Variable secundaria:** Estructura familiar.

Hipótesis.

- Hipótesis nula: la estructura familiar no incide en el riesgo de consumo de cocaína
- Hipótesis alternativa: la estructura familiar si incide en el riesgo de consumo de cocaína

Condición: si el valor de “p” es menor a 0,05 se rechaza la hipótesis nula.

Por medio de la aplicación de cálculo de CHI Cuadrado se determinó que el valor de “P” es de 24,59942841 es mayor a 0.05 lo que determina que la hipótesis nula es aceptada por lo tanto “la estructura familiar no incide en el riesgo de consumo de cocaína” generando que esta sea en su mayor parte una decisión personal.

Cuadro N° 19: Frecuencias observadas en consumo de anfetaminas.

FACES III	Balanceado	Medio	Extremo	Total
Riesgo de consumo de alcohol				
No consume	49	247	71	367
Consumo bajo	1	3	10	14
Consumo de riesgo	1	6	4	11
Problema o dependencia	1	1	1	3
Total General	52	257	86	395

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Cuadro N° 20: Frecuencias esperadas en consumo de anfetaminas.

FACES III	Balanceado	Medio	Extremo
Riesgo de consumo de alcohol			
No consume	48,3139241	238,782278	79,9037975
Consumo bajo	1,84303797	9,10886076	3,04810127
Consumo de riesgo	1,44810127	7,15696203	2,39493671
Problema o dependencia	0,39493671	1,95189873	0,65316456

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Pregunta de Investigación: la familia es un determinante que incide en el consumo de anfetaminas

Señalamiento de variable.

- **Variable principal:** Riesgo de consumo de anfetaminas.
- **Variable secundaria:** Estructura familiar.

Hipótesis.

- Hipótesis nula: la estructura familiar no incide en el riesgo de consumo de anfetamina
- Hipótesis alternativa: la estructura familiar si incide en el riesgo de consumo de anfetamina

Condición: si el valor de “p” es menor a 0,05 se rechaza la hipótesis nula.

Por medio de la aplicación de cálculo de CHI Cuadrado se determinó que el valor de “P” es de 17,04209985 es mayor a 0.05 lo que determina que la hipótesis nula es aceptada por lo tanto “la estructura familiar no incide en el riesgo de consumo de anfetamina” generando que esta sea en su mayor parte una decisión personal.

Cuadro N° 21: Frecuencias observadas en consumo de inhalantes.

FACES III	Balanceado	Medio	Extremo	Total
Riesgo de consumo de alcohol				
No consume	46	247	86	379
Consumo bajo	3	5	0	8
Consumo de riesgo	2	5	0	7
Problema o dependencia	1	0	0	1
Total General	52	257	86	395

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Cuadro N° 22: Frecuencias esperadas en consumo de inhalantes.

FACES III	Balanceado	Medio	Extremo
Riesgo de consumo de alcohol			
No consume	49,8936709	246,589873	82,5164557
Consumo bajo	1,05316456	5,20506329	1,74177215
Consumo de riesgo	0,92151899	4,55443038	1,52405063
Problema o dependencia	49,8936709	246,589873	82,5164557

Fuente: Instrumentos de recolección de información aplicados.

Elaborado por: Autores de tesis.

Pregunta de Investigación: la familia es un determinante que incide en el consumo de inhalantes

Señalamiento de variable.

- **Variable principal:** Riesgo de consumo de inhalantes.
- **Variable secundaria:** Estructura familiar.

Hipótesis.

- Hipótesis nula: la estructura familiar no incide en el riesgo de consumo de inhalantes
- Hipótesis alternativa: la estructura familiar si incide en el riesgo de consumo de inhalantes

Condición: si el valor de “p” es menor a 0,05 se rechaza la hipótesis nula.

Por medio de la aplicación de cálculo de CHI Cuadrado se determinó que el valor de “P” es de 15,22626679 es mayor a 0.05 lo que determina que la hipótesis nula es aceptada por lo tanto “la estructura familiar no incide en el riesgo de consumo de inhalantes” generando que esta sea en su mayor parte una decisión personal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Se analizaron las características demográficas de los estudiantes de la unidad educativa determinando que el 54.68% de los encuestados es de sexo masculino y el 43.36% es de sexo femenino. El 10.13% de los encuestados tienen doce años de edad; el 16.20% tienen trece años; el 13.92% cuenta con una edad de catorce años; el 24.56% se encuentra en la edad de quince años; el 16.96% tiene dieciséis años; el 15.95% se encuentra en la edad de diecisiete años y el 2.28% tiene dieciocho años de edad. El 16.46% de los encuestados se encuentran en el octavo año de educación básica; el 12.15% se encuentra en noveno año; el 11.39% está en décimo año; el 14.18% se encuentra en primero de bachillerato; el 16.96% se encuentra en segundo de bachillerato y el 16.96% restante se encuentra cursando el tercero de bachillerato

Se determinó el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes de la unidad educativa por medio de la encuesta AUDIT medina la que se concluyó que el 79.49% de los encuestados no consumen alcohol; el 15.95% presento un consumo bajos; el 3.29% dio como resultante un consumo de alcohol riesgoso y el 1.27% presento problemas de dependencia al alcohol. En lo que refiera al consumo de drogad fue posible determinar que: Riesgo de consumo de cannabis: el 92.66% no consume; el 0.76% presento un consumo bajo; el 5.82% presento un consumo moderado y el 0.76% presento un consumo alto. Riesgo de consumo de cocaína: el 96,96% no consume; el 0.76% presento un consumo bajo; el 2,28% presento un consumo moderado. Riesgo de consumo de anfetaminas u otro tipo de estimulante: el 98,23% no consume; el 0,51% presento un consumo bajo; el 1,27% presento un consumo moderado. Riesgo de consumo de Inhalantes: el 96,96% no consume; el 1,77% presento un consumo bajo; el 1,27% presento un consumo moderado.

Se caracterizó la cohesión familiar de los adolescentes de la Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo determinado que: 24.05% de las familias de los encuestados son no relacionada; el 34.18% son semi relacionada; el 29.37% se encuentran relacionado y el 12.41% son aglutinadas. En lo referente a flexibilidad familiar fue posible determinar que el 2.78% de los encuestados dieron a conocer que su familia en lo que refiere a la dimensión flexibilidad es rígida; el 11.39% fue determinada como estructurada; el 16.71% como

flexible y el 69.11% fue caracterizada como caótica. A nivel general se caracterizó las familias de los adolescentes por tipos a lo que se concluyó que el 13.16% de las familias de los encuestados se encuentra determinada como una familia balaceada, con un adecuado nivel de flexibilidad y de cohesión familiar; el 65.06% fue determinado como un entorno familiar de nivel medio con una mediana integración y cohesión familiar y el 21.77% se determinó como extremo

Mediante la recolección de información y aplicación de la del X^2 (CHI Cuadrado) fue posible confirmar una hipótesis nula, dando a conocer que, a pesar de que la familia juega un rol esencial en lo que respecta la formación de los y las jóvenes (tanto a nivel personal, social y educativa), el consumo de alcohol o drogas en los adolescentes depende de su capacidad selección personal. Otro de los aspectos relevantes obtenidos por medio de la recolección de información es que al menos el 21.01% de los encuestados han consumido alcohol, de la misma manera el 7.34% han consumido cannabis, el 3.38% han consumido cocaína, el 1.77% han consumido anfetaminas y el 3.04% han consumido inhalantes; aspecto preocupante en una población de estudio que escasamente supera los 18 años de edad.

Recomendaciones

Se necesita atender las características demográficas de los estudiantes con el fin de orientar de forma oportuna a los estudiantes en lo que refiere al consumo de alcohol y drogas con el fin de evitar una afectación futura.

Atender a los casos que presentan riesgo de consumo alto tanto en drogas como en alcohol con el fin de evitar futuras afectaciones a la salud de los y las jóvenes de la unidad educativa.

Orientar la integración y cohesión familiar con el fin de que se desarrolle un mejor ambiente de integración de los miembros que conforman el núcleo familias con los adolescentes que formaron parte del desarrollo de la investigación.

Aplicar estrategias orientadas a la prevención de consumo de alcohol o drogas en los adolescentes de la institución educativa debido a que 1 de cada 5 (obtenidos del estudio) pueden estar en contacto de este tipo de sustancias, perjudicando su salud y futuras vidas, además de aplicar nuevas investigaciones de similar índole que permitan orientar el origen de la problemática de consumo de los y las adolescentes en la institución educativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abell, M. (2012). *Estrategias para mejorar el rendimiento académico de los adolescentes*. Argentina.
- Albein, W., & Carrera, V. (2014). *Prevención de drogas: resultados preliminares en la población de los jóvenes*. Córdoba: Socidrogalcohol.
- Alonso, C., & Barrio, V. (2008). *Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar*. Cevilla: Psicología Educativa.
- Alonso, D., & Freijo, A. (2015). *Prevención de la drogadicción en la comunidad escolar*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Anchundia, S. (2009). *Bajo rendimiento académico de los estudiantes*. Quito : Don Bosco.
- Bachman, j. (2010). *Consumo de bebidas alcohólicas y drogas en la adolescencia, Atención primaria*. Madrid.
- Benitez, M., & Gimenez, M. (2010). *Maltrato infantil y contextos social, el impacto en el desarrollo del niño*. Peru.
- Bermello, G. (2010). *Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en el medio escolar*. Revista de Psicología General y Aplicada.
- Cascon, L. (2015). *Análisis de las calificaciones escolares como criterio de rendimiento académico*. Buenos Aires: Primavera.
- Cominetti, R., & Ruiz, G. (2014). *Algunos factores del rendimiento: Espectativas educativas*. Development.
- Cordova, J. (2014). *Consumo de drogas en escolares*. Mexico.
- Edel, R. (2011). *Calidad, eficiencia y cambio en educación*. Revista iberoamericana de educación .
- Guillen, J., & Rivero, G. (2010). *Personalidad del adolescente fumador* . Madrid: Memorias.
- Jimenes Leon, A. (2011). *La familia como agente activo en el desarrollo educativo* . California.
- Llano, C. (2010). *La familia en el desarrollo de los jóvenes, una fuente de conocimiento antes de la institución*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Martinez, M. (Mexico). *Investigación Social. La Psicología Humanista en el desarrollo educativo* . Trillas.
- Michelson, I. (2010). *Las habilidades sociales en la infancia, Evaluación y tratamiento del entorno familiar*. Barcelona: Martínez Roca.

- Moore, S. (2011). *El papel de los padres en el desarrollo de la competencia social y educativa*. Cevilla.
- Moreno, M. (2009). *Introducción a la Metodología de la investigación educativa*. Mexico: Progreso S.A.
- Navarro, R. (2013). *EL divorcio: Una aproximación al rendimiento escolar*. Revista iberoamericana de educación .
- Palmer, A. (2012). *Alcohol, tabaco y drogas en la enseñanza media* . Madrid.
- Parra Sandoval, R. (2012). *La escuela urbana* . Bogota: Tercer Mundo.
- Perez Testor, D. (2014). *Factores asociados al rendimiento escolar*. Francia .
- Piñeiros, L., & Rodriguez, A. (2013). *Los insumos escolares en la educación secundaria y su efecto en el rendimiento de los estudiantes* . Bogota.
- Reed Shaffer, D. (2010). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia, entorno familiar en el desarrollo intelectual del niño*. Madrid.
- Rodriguez, A., & Martinez, J. (2011). *El hábito del tabaco en población juvenil* . España.
- Rosado, J., & Ruiz, R. (2009). *Consumo de alcohol y adolescencia Estudio epidemiológico descriptivo. Atención Primaria*. Cuba.
- Seshadri, V. (2010). *Consumo de cannabis: determinantes y consecuencias en una muestra de estudiantes valencianos*. Valencia.
- Silva Salinas, S. (2014). *Problemas de conducta y resolución de conflictos en Educación; El comportamiento del niño y su influencia por el entorno familiar y social*. España.
- Villalbi, J. (2009). *Drogas y adolescentes: influencia del entorno personal* . Madrid: Medicina Clínica.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado a los Padres.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a los Padres de los estudiantes de la Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo del año lectivo 2016-2017

INVESTIGADORES:

1. Dra. Marcela Giler Zambrano. Teléfono: 0992844168, correo electrónico: marcegiler@gmail.com
2. Dr. Derek Vera Briones. Teléfono 0999055488, correo electrónico: derekvera@hotmail.com

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

TRABAJO DE TITULACIÓN: “ROL FAMILIAR Y EL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS EN ADOLESCENTES DEL UNIDAD EDUCATIVA SIMON BOLIVAR DE PORTOVIEJO PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016”

PARTE 1: INFORMACIÓN

INTRODUCCIÓN

Somos médicos del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, de la Universidad Católica del Ecuador. Estamos realizando una investigación acerca del consumo de drogas y/o alcohol en adolescentes y el rol que desempeña la familia de los adolescentes que consumen.

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 y/o alcohol 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 esta Unidad Educativa 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 al que pertenece su hijo o representado.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Para la realización de esta investigación se seleccionó a los estudiantes de la Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo 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

Ni 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 Representante _____

Firma del Representante _____

Fecha _____

Nombre del Representado _____

Anexo 2: Asentimiento informado.



ASENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de asentimiento informado se dirige a los alumnos de la Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo del año lectivo 2016-2017

INVESTIGADORES:

1. Dra. Marcela Giler Zambrano. Teléfono: 0992844168, correo electrónico: marcegiler@gmail.com
2. Dr. Derek Vera Briones. Teléfono 0999055488, correo electrónico: derekvera@hotmail.com

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

TRABAJO DE TITULACIÓN: “ROL FAMILIAR Y EL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS EN ADOLESCENTES DEL UNIDAD EDUCATIVA SIMON BOLIVAR DE PORTOVIEJO PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016”

PARTE 1: INFORMACIÓN

INTRODUCCIÓN

Somos médicos del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, de la Universidad Católica del Ecuador. Estamos realizando una investigación acerca del consumo de drogas y/o alcohol en adolescentes y el rol que desempeña la familia de los adolescentes que consumen.

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

Determinar el rol de la familia ante el consumo de drogas y/o alcohol de los adolescentes.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Para la realización de esta investigación se seleccionó a los estudiantes de la Unidad Educativa Simón Bolívar de Portoviejo del año lectivo 2016-2017

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 y/o alcohol 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 y/o alcohol en mi Unidad Educativa 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 _____

Anexo 3: Cuestionario: escala de adaptabilidad y cohesión familiar.

Nº	Describa a su familia	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2	En nuestra familia se toma en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Calificación: Según Cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada

Según adaptabilidad: 10 a 19 rígida, 20 a 24 estructurada, 25 a 28 flexible y 29 a 50 caótica.

Anexo 4: Cuestionario: OMS - ASSIST V3.0.

Entrevistador: _____

Nº Participante: _____

Fecha: _____

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 sustancias ha consumido alguna vez?	No	Si
A.- Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)		
B.- Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)		
C.- Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
D.- Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)		
E.- Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		
F.- Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)		
G.- Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		
H.- Otros - especifique:		

Pregunta 2

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

Nota: Si ha respondido "Nunca" a todos los items 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?	Nunca	ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
A. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
B. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)					
C. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
D. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					
E. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
H Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)					
I Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
J Otros - especifique:					

Pregunta 4

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

Nota: Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias 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 consume de?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
A. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)			
B. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)			
C. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
D. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)			
E. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)			
F. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)			
G. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)			
H. Otros - especifique:			

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir droga 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:	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?	0	2	1

Anexo 5: Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol

IB INTERVENCIONES BREVES
para reducir el consumo de alcohol de riesgo



AUDIT TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Lea las preguntas tal como están escritas. **Registre** las respuestas cuidadosamente. **Empiece** el **AUDIT** diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». **Explique** qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos

como cerveza, vino, pisco, ron, vodka, etc., y explique el concepto de **TRAGO** («bebidas estándar»). **Recuerde**, **1 TRAGO** es aproximadamente una lata de cerveza, una copa de vino o un corto de licor (o un combinado suave). **Marque** la cifra de la respuesta adecuada y luego sume en los casilleros asignados.

- 1 ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? 0 Nunca 1 1 o menos veces al mes 2 De 2 a 4 veces al mes 3 De 2 a 3 veces a la semana 4 4 o más veces a la semana
- 2 ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal? 0 1 ó 2 1 3 ó 4 2 5 ó 6 3 7, 8 ó 9 4 10 ó más
- 3 ¿Con qué frecuencia toma 5 o más TRAGOS en un solo día? 0 Nunca 1 Menos de una vez al mes 2 Mensualmente 3 Semanalmente 4 A diario o casi a diario

Hombres 0 a 4 puntos Mujeres 0 a 3 puntos	Consumo de bajo riesgo		Termine acá la evaluación y realice una Intervención Mínima	PUNTAJE AUDIT-C	Suma del puntaje de las preguntas 1 a 3
Hombres 5 puntos o más Mujeres 4 puntos o más	Consumo de riesgo		Continúe con las preguntas 4 a 10		

- 4 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? 0 Nunca 1 Menos de una vez al mes 2 Mensualmente 3 Semanalmente 4 A diario o casi a diario
- 5 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? 0 Nunca 1 Menos de una vez al mes 2 Mensualmente 3 Semanalmente 4 A diario o casi a diario
- 6 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? 0 Nunca 1 Menos de una vez al mes 2 Mensualmente 3 Semanalmente 4 A diario o casi a diario
- 7 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? 0 Nunca 1 Menos de una vez al mes 2 Mensualmente 3 Semanalmente 4 A diario o casi a diario
- 8 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? 0 Nunca 1 Menos de una vez al mes 2 Mensualmente 3 Semanalmente 4 A diario o casi a diario
- 9 ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? 0 No 2 Sí, pero no el curso del último año 4 Sí, el último año
- 10 ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? 0 No 2 Sí, pero no el curso del último año 4 Sí, el último año

0 a 7 puntos	Consumo de bajo riesgo		Realice una Intervención Mínima	PUNTAJE AUDIT	Suma del puntaje de las preguntas 1 a 10
8 a 15 puntos	Consumo de riesgo		Realice una Intervención Breve		
16 puntos o más	Posible consumo problema o dependencia		Realice una Derivación Asistida para una evaluación completa y una Intervención Breve igualmente		

Anexo 5: Fotos del proceso de recolección de información





