

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

***“ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA CON EL CONSUMO DE DROGAS, ALCOHOL Y TABACO EN ESTUDIANTES DE PRIMER SEMESTRE DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR - SEDES IBARRA, QUITO, PORTOVIEJO Y SANTO DOMINGO EN EL AÑO 2018”***

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN**

**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**GUERRA PÁEZ VALERIA RENATA**

**TERÁN PORTELLES VANESSA ELIZABETH**

Director

DRA. MARÍA FERNANDA RIVADENEIRA

Tutora Metodológica

DRA. MARÍA FERNANDA RIVADENEIRA

QUITO, 2019

### **Agradecimiento**

- A la Magister Kim Vivero, Directora de Bienestar Estudiantil de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra, por su beneplácito y ayuda para la realización de las encuestas a los estudiantes de la Sede Ibarra.
- Al Dr. Eduardo Benítez, por su apoyo durante las inscripciones de los estudiantes y en transcurso de la realización de las encuestas.
- Sincero y profundo para Amparito Burneo, pieza clave en la logística a lo largo de este posgrado y en especial por su ayuda en la coordinación de las actividades que se realizaron para la toma de las muestras.
- A nuestra querida Directora de Tesis, Dra. María Fernanda Rivadeneira por su paciencia, comprensión y por sabernos guiar durante todo este proceso con mucho respeto y cariño.
- Al Dr. Galo Núñez de la Torre y al Dr. Franklin Jacho, por sus oportunos comentarios para la culminación de este trabajo de investigación.
- A nuestras familias, por su amor y apoyo constante a lo largo de estos años de posgrado, pilar fundamental de nuestras vidas.

### **Dedicatoria.**

*A Dios por haberme la fortaleza para seguir el camino que tenía preparado para mí y nunca desampararme.*

*A Francisco, el motor de mi vida quien me enseña a ser mejor cada día y es el motivo de todos mis sacrificios.*

*A mi esposo Luis por su apoyo incondicional, comprensión y por darme fortaleza para conseguir mis metas.*

*A mi familia: Lilia, Jessica y Nico, sin su amor no soy nada.*

*Valeria*

*A Dios, por conceder los anhelos de mi corazón, guiar y bendecir mi vida.*

*A la luz de mi vida y de mis ojos, mi más grande amor, mi ángel y compañera de vida mi pequeña Thais.*

*A mi familia por su amor y su apoyo incondicional, especialmente a mi madre Elsita mi más grande baluarte y a mi hermana Karen, mi faro y mi soporte.*

*1 -4 -3.*

*Nesita*

## Tabla de Contenidos

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Resumen.....                              | 11                                   |
| Abstract .....                            | 14                                   |
| Capítulo I.....                           | 16                                   |
| Introducción: .....                       | 16                                   |
| Justificación.....                        | 19                                   |
| Problema de investigación .....           | 22                                   |
| Objetivos .....                           | 23                                   |
| Hipótesis.....                            | 24                                   |
| Capítulo II .....                         | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Marco teórico .....                       | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| <u>1.</u> Alcohol .....                   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| 2. Tabaco .....                           | 45                                   |
| 3. Drogas ilícitas.....                   | 62                                   |
| 4. Familia .....                          | 78                                   |
| Capítulo III.....                         | 90                                   |
| Materiales y métodos .....                | 90                                   |
| 1. Operacionalizacion de variables .....  | 90                                   |
| 2. Tipo y Diseño de la Investigación..... | 103                                  |
| 3. Población del estudio: .....           | 103                                  |
| 4. Muestra poblacional: .....             | 103                                  |
| 5. Criterios de inclusión .....           | 104                                  |

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 6. Criterios de exclusión.....                             | 104                                  |
| 7. Técnicas e instrumentos de recolección de muestra ..... | 104                                  |
| 8. Procedimientos de recolección de información: .....     | 106                                  |
| 9 Aspectos bioéticos.....                                  | 107                                  |
| 10 Plan de análisis de los datos .....                     | 107                                  |
| Capítulo IV.....   | 108                                  |
| Resultados.....  | 108                                  |
| Capítulo V .....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Discusión.....   | 140                                  |
| Conclusiones .....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Recomendaciones.....                                       | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Referencias bibliográficas.....                            | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |         |
|--|---------|
| <b>Gráfico 1.</b> Consumo de tabaco en los último 30 días por Sedes de los estudiantes de primer semestre PUCE 2018. ....  | pág 109 |
| <b>Gráfico 2.</b> Tipo Tabaco consumido por estudiantes primer semestre PUCE 2018.....                                     | pág 110 |
| <b>Gráfico 3.</b> Consumo de alcohol en los último 30 días por Sedes de los estudiantes de primer semestre PUCE 2018. .... | pág 112 |
| <b>Gráfico 4.</b> Lugares de consumo de alcohol estudiantes primer semestre PUCE 2018.....                                 | pág 113 |
| <b>Gráfico 5.</b> Personas con la que consumen alcohol estudiantes primer semestre PUCE 2018.....                          | pág 113 |

## LISTA DE TABLAS

|   |         |
|---|---------|
| <b>Tabla 1.</b> Efectos y riesgos del consumo de alcohol, tabaco y drogas.....                      | pág 68  |
| <b>Tabla 2.</b> Guías anticipatorias para familias con hijos adolescentes.....                      | pág 87  |
| <b>Tabla 3.</b> Operacionalización de variables.....  | pág 89  |
| <b>Tabla 4.</b> Características estudiantes de primer semestre PUCE 2018.....                       | pág 107 |
| <b>Tabla 5.</b> Patrones de consumo de tabaco en los estudiantes de primer semestre PUCE 2018.....  | pág 110 |
| <b>Tabla 6.</b> Patrones de consumo de alcohol en los estudiantes de primer semestre PUCE 2018..... | pág 114 |
| <b>Tabla 7.</b> AUDIT estudiantes primer semestre PUCE.....   | pág 116 |
| <b>Tabla 8.</b> Patrones de consumo de drogas en los estudiantes de primer semestre PUCE 2018.....  | pág 119 |

- Tabla 9.** Características de la familia y personas con las que viven los estudiantes de primer semestre PUCE 2018..... pág 121
- Tabla 10.** Asociación entre el consumo de tabaco en el último mes con funcionalidad familiar y límites familiares..... pág 123
- Tabla 11.** Asociación entre el consumo de alcohol en el último mes con funcionalidad familiar y límites familiares..... pág 125
- Tabla 12.** Asociación entre el consumo de riesgo de alcohol con la funcionalidad familiar y límites familiares..... pág 127
- Tabla 13.** Asociación entre el consumo de marihuana, la funcionalidad familiar y límites familiares..... pág 129
- Tabla 14.** Asociación entre el consumo de cocaína con la funcionalidad familiar y límites familiares..... pág 131
- Tabla 15.** Asociación entre el consumo de tabaco, tipología familiar y la condición socioeconómica de los estudiantes de primer semestre PUCE 2018..... pág 133
- Tabla 16.** Asociación entre consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia de alcohol con tipología familiar, consumo de en familiares y pares, y condición socioeconómica de los estudiantes de primer semestre PUCE 2018..... pág 135
- Tabla 17.** Asociación entre consumo de marihuana con tipología familiar, consumo en familiares y pares, y condición socioeconómica de los estudiantes de primer semestre PUCE 2018.. pág 137

## LISTA DE ABREVIATURAS

|                |   |
|----------------|---|
| <b>APA:</b>    | Asociación Americana de Pediatría                                 |
| <b>ApoA I:</b> | Apoproteínas.   |
| <b>AUDIT:</b>  | Alcohol Use Disorders Identification test.                        |
| <b>CICAD:</b>  | Comisión Interamericana para el control de abuso de drogas.       |
| <b>CIE 10:</b> | Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición.       |
| <b>CHRN:</b>   | Subunidad de receptor de nicotina colinérgico.                    |
| <b>DSM V:</b>  | Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales, quinta edición, |
| <b>ECV:</b>    | Enfermedad cerebro vascular.                                      |
| <b>EPOC:</b>   | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.                          |
| <b>FA:</b>     | Fibrilación Auricular.  |
| <b>FEV1:</b>   | Volumen espiratorio forzado en el primer segundo.                 |
| <b>FFSIL:</b>  | Cuestionario de percepción de funcionamiento familiar.            |
| <b>g:</b>      | Gramos.   |
| <b>GABA:</b>   | Acido gamma – aminobutírico,                                      |
| <b>GGT:</b>    | Gamma glutamino transpeptidasa.                                   |
| <b>HDL:</b>    | Lipoproteínas de alta densidad.                                   |
| <b>IAM:</b>    | Infarto Agudo de miocardio.                                       |
| <b>ICAM1:</b>  | Moléculas de adhesión intravascular tipo I.                       |
| <b>INEC:</b>   | Instituto Nacional de Estadística y Censos.                       |
| <b>LSD:</b>    | Dietilamida de ácido lisérgico.                                   |
| <b>MMDA:</b>   | Tenamfetamina   |

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>mm Hg:</b>     | Milímetros de mercurio.                                       |
| <b>OEA:</b>       | Organización de Estados Americanos                            |
| <b>OH:</b>        | Grupo hidroxilo.  |
| <b>OMS:</b>       | Organización Mundial de la Salud.                             |
| <b>PUCE:</b>      | Pontificia Universidad Católica del Ecuador                   |
| <b>RAE:</b>       | Real Academia de la Lengua.                                   |
| <b>SNC:</b>       | Sistema Nervioso Central.                                     |
| <b>TGO – AST:</b> | Aspartato aminotransferasa.                                   |
| <b>TGP – ALT:</b> | Alanino aminotransferasa.                                     |
| <b>TRN:</b>       | Terapia de Reemplazo de Nicotina                              |
| <b>UNODC:</b>     | Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito. |
| <b>VCAM 1:</b>    | Moléculas de adherencia vascular tipo I.                      |

**ANEXOS**

|  |         |
|--|---------|
| Anexo 1: Aprobación de macroproyecto por comité de ética PUCE<br>..... | pág 154 |
| Anexo 2: Aprobación del DECE para reclutamiento de estudiantes.....    | pág 155 |
| Anexo 3: Consentimiento informado.....                                 | pág 156 |

## Resumen

**Introducción:** El consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas se ha convertido en un problema de salud pública y social, que conlleva consecuencias familiares, laborales, académicas y de salud.

**Objetivo:** El presente estudio pretende determinar la asociación entre la disfunción familiar y las características de la familia con el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Sedes Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo en el año 2018.

**Métodos:** El estudio es transversal analítico. La muestra es de 846 estudiantes.

Las variables analizadas son el consumo de sustancias tóxicas como variable dependiente; la disfunción familiar, límites familiares y estructura familiar como variables independientes; edad, sexo, edad de inicio del consumo, antecedentes familiares de consumo, consumo de sustancias en sus pares y condición socio – económica como variables intervinientes.

Los datos fueron recolectados mediante una encuesta, previa firma del consentimiento informado. Para el análisis de la función familiar se utilizó la Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y el cuestionario de la Organización de Estados Americanos. Para la obtención de resultados se realizó un análisis descriptivo de las variables y el análisis multivariado con regresión logística.

**Resultados:** El 66,8% de los estudiantes ha fumado cigarrillos alguna vez. La edad promedio de inicio de consumo es 16 años. De los estudiantes que consumen tabaco el 45% provienen de familias funcionales. Los límites rígidos sobre la vida sentimental son un factor protector para el consumo de tabaco. Las familias monoparentales, tienen mayor prevalencia de consumo de tabaco. El 91,9% de los estudiantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, la media de inicio de consumo es de 15 años. El 71,7% de los estudiantes tienen amigos que se emborrachan, y el 7,8%

familiares que lo hacen. El 79,5% de los estudiantes presenta consumo de riesgo de alcohol y el 37,1% presenta síntomas de dependencia al alcohol. Los estudiantes con familias disfuncionales tienen 1,16 mayor prevalencia de alcohol en los últimos 30 días. Los límites rígidos en la vida sentimental tienen menor prevalencia de consumo de alcohol. Las familias severamente disfuncionales tienen 2,43 veces mayor prevalencia de consumo de alcohol. Las familias monoparentales tienen 1,61 mayor prevalencia de consumo de alcohol.

El 17% de los estudiantes ha consumido drogas alguna vez en su vida, el promedio de edad de inicio de consumo es los 17 años, el 75% de los estudiantes tienen 2 o más amigos que consumen drogas y el 15,8% un familiar que consume drogas.

En el último mes 13,9% de los estudiantes ha consumido marihuana y 0,7% cocaína. El 51,9% de los estudiantes proviene de familias biparentales, el 46,9% tienen una familia funcional. Las familias disfuncionales tienen 2,32 veces más prevalencia de consumo de marihuana. Los límites difusos sobre la vida sentimental y los límites rígidos sobre las actividades de diversión y amigos son factores protectores. Las familias monoparentales presentan mayor consumo de marihuana.

Las familias disfuncionales tienen 3,82 veces mayor consumo de cocaína comparadas con las familias funcionales. No se encontraron resultados estadísticamente significativos respecto a los límites y consumo de cocaína.

**Conclusiones:** Existe asociación entre los límites rígidos en la vida sentimental como factor protector para consumo de tabaco y alcohol. Los límites rígidos sobre actividades de diversión y amigos son factores protectores para consumo de marihuana.

Existe mayor riesgo de consumo de cocaína en estudiantes que provienen de familias disfuncionales, no se encontró relaciones estadísticamente significativas entre el tipo de familia y el consumo de sustancias.

**Palabras Clave:** Alcohol, Tabaco, drogas, función familiar, límites familiares, tipos de familia, estudiantes universitarios, adolescentes.

## Abstract

**Introduction:** The consumption of alcohol, tobacco and illegal drugs has become a public and social health problem, which entails family, work, academic and health consequences.

**Objective:** The present study aims to determine the association between family dysfunction and family characteristics with the consumption of drugs, alcohol and tobacco in students of the first semester of the Pontifical Catholic University of Ecuador (PUCE its acronym in Spanish) - Campuses: Ibarra, Quito, Portoviejo and Santo Domingo in the year 2018.

**Methods:** The study is cross-sectional analytical. The sample size is 846 students. The variables analyzed are the consumption of toxic substances as a dependent variable; family dysfunction, family boundaries and family structure as independent variables; furthermore, age, sex age of onset of consumption, family history of consumption, consumption of substances in their peers and socio-economic status as intervening variables.

The data was collected through a survey, in which all participants signed the informed consent. The Family Function Perception Test (FF-SIL) and the Organization of American States (OAS) questionnaire were used to analyze the family function. To obtain results, a descriptive analysis of the variables and the multivariate analysis with logistic regression were performed.

**Results:** 66.8% of students have smoked cigarettes at some point during their lifetimes. The average age of onset of consumption is 16 years. The students who use tobacco 45% come from functional families. The rigid limits on sentimental life are a protective factor for tobacco consumption. Single parent families have a higher prevalence of tobacco use.

Also, 91.9% of students have consumed alcohol at some time in their lives, the average start age of consumption is 15 years. Furthermore, 71.7% of students have friends who intoxicated, and 7.8% relatives who consume alcohol. The 79.5% of students have risk of alcohol consumption and

37.1% have symptoms of alcohol dependence. Students with dysfunctional families have 1.16 higher prevalence of alcohol within the last 30 days. The rigid limits in the sentimental life have lower prevalence of alcohol consumption. Severely dysfunctional families have 2.43 times higher prevalence of alcohol consumption. Single parents have 1.61 higher prevalence of alcohol consumption.

In addition, 17% of students have used drugs at some time in their lives, the average age of onset of consumption is 17 years, where 75% of students have 2 or more friends who use drugs and 15.8% a relative who uses drugs.

In the last month, 13.9% of students have consumed marijuana and 0.7% has used cocaine. Where 51.9% of the students come from biparental families, 46.9% have a functional family. Dysfunctional families have 2.32 times the prevalence of marijuana use. Diffuse limits on sentimental life and rigid limits on recreational activities and friends are protective factors. Single parent families have higher marijuana use.

Dysfunctional families have 3.82 times higher cocaine consumption compared to functional families. No statistically significant results were found regarding cocaine limits and consumption.

**Conclusions:** There is an association between rigid limits in sentimental life as a protective factor for tobacco and alcohol consumption. Rigid limits of recreational activities and friends are protective factors for marijuana use.

There is an increased risk of cocaine use in students who come from dysfunctional families, no statistically significant relationships were found between family type and substance use.

**Keywords:** Alcohol, Tobacco, drugs, family function, family boundaries, family types, university students, adolescents.

## Capítulo I

### Introducción

El consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas se ha convertido en un problema de salud pública y social, que conlleva consecuencias familiares, laborales, académicas y de salud. Los inicios del consumo se observan en edades cada vez más tempranas, con una tendencia a disminuir las diferencias de prevalencia de consumo entre hombres y mujeres. Se ha evidenciado que el inicio temprano de consumo de sustancias se asocia a mayor abuso y dependencia de estas sustancias.

En el estudio de Rojas (2013), se advierte que 1 de cada 9 estudiantes universitarios, declaran haber consumido alcohol en el último año, presentando indicadores compatibles con la dependencia alcohólica, que trasciende con un impacto importante en el rendimiento y la deserción académica. (Rojas et al., 2013 y Manrique et al., 2017)

Un tercio de los estudiantes (33,1%), declararon consumo riesgoso o perjudicial de alcohol, observándose, que el sexo masculino tiene una proporción de consumo mucho más alta que el de las mujeres. El 7,3% de mujeres y el 17,9% de los varones muestran cierto grado de dependencia al alcohol. (Rojas et al., 2013, Manrique et al., 2017, Boyle et al., 2017)

La Organización Panamericana de la Salud (2006), dentro del informe de control de tabaco en Ecuador, reporta que el 23% de adultos y el 31,2% de jóvenes admite haber consumido tabaco; las estadísticas indican que, en todo el Ecuador, el 46,8% de la población entre 12 a 65 años ha consumido tabaco alguna vez en su vida, de estos el 63,6% corresponden al género masculino, mientras que, el 29,9% corresponde al género femenino; por otra parte, el 18,4% de la población ha consumido tabaco en el último mes. (OEA 2010)

Por otra parte, en relación al consumo de drogas ilícitas, el 12,7% de los estudiantes universitarios en el Ecuador ha consumido una droga ilícita en el 2017; siendo la marihuana la sustancia mayormente consumida con una prevalencia del 11,6%, le sigue la cocaína en 1,5%, LSD con un 1,1%, hongos alucinógenos 0,8%, cannabinoides sintéticos con un 0,7%, pasta base 0,6%, éxtasis 0,4% e inhalables con el 0,2%. (Boyle et al, 2017)

En el informe mundial sobre las drogas realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (2017) reporta que el 26,9% de estudiantes universitarios han consumido alguna vez marihuana en su vida, siendo los hombres quienes la consumen con mayor frecuencia con un 37,2%, en comparación de las mujeres con un 17,2%. Existe un aumento significativamente estadístico en el consumo de los varones desde el año 2012 hasta el 2017, lo que no ocurre con el sexo femenino.

Algunos factores que relacionados al consumo de drogas en adolescentes tienen que ver con la necesidad de ser aceptados por sus pares; imitar a sus compañeros, curiosidad y el acceso a las bebidas alcohólicas. Hay estudios que confirman que muchos adolescentes y jóvenes tienen el ejemplo en casa, en sus padres, cuando beben alcohol o fuman tabaco o marihuana. Muchos de ellos solo buscan probar en una sola ocasión para experimentar que se siente, aunque muchos se habitúan al consumo. (Pérez et al., 2001; Pérez et al., 2009; Rivolta 2012 y Levitt et al., 2015)

Los riesgos del consumo de sustancias ilícitas, se relacionan con el peligro específico del producto, a los daños para la salud y a las consecuencias sociales del consumo. Podemos nombrar los riesgos para la salud o denominados también riesgos sanitarios que incluyen una exteriorización del estado físico, complicación de ciertas enfermedades, muerte prematura, entre otros. (Instituto Nacional sobre el Abuso de drogas 2017)

Los riesgos para la vida cotidiana o riesgos sociales, se evidencian como incumplimiento de las obligaciones laborales, académicas, personales y familiares (ausencias repetidas o bajo rendimiento, suspensiones o expulsiones de la escuela, descuido de las obligaciones sociales). (Instituto Nacional sobre el Abuso de drogas 2017)

La investigación científica sobre la prevención nos ha proporcionado pruebas sólidas sobre la efectividad de las estrategias preventivas, ya que integran sectores multidisciplinarios. Mientras más temprana es la intervención, más efectiva resulta, por lo cual los niños y adolescentes son los grupos diana. (Instituto Nacional sobre el Abuso de drogas 2017 y Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos 2014)

Los programas de prevención que se basan en intervenciones familiares que promueven la participación activa de los padres, el desarrollo de competencias sociales y de habilidades de autocontrol y crianza positiva pueden ser útiles para reducir el uso de alcohol y cannabis en menores de edad. (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011; Petrie y Byrne, 2007)

En el ámbito educativo, las medidas de prevención están dirigidas a mejorar el ambiente estudiantil y los vínculos, favorecer los comportamientos positivos e incrementar el rendimiento académico a través de sus normas, creencias y expectativas.

Esta investigación tiene como objetivo principal, determinar la asociación entre la disfunción familiar y las características de la familia con el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Sedes Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo en el año 2018.

Con el fin de generar evidencia sobre la importancia de la familia como elemento clave a ser considerado en políticas y estrategias de prevención de consumo de sustancias en los estudiantes universitarios y proponer actividades desde el rol de médico de familia.

## **Justificación**

El inicio en el consumo de drogas, se trata casi siempre, de un recorrido exploratorio por diferentes sustancias, preferentemente con drogas lícitas como el alcohol y tabaco, a edades muy tempranas; las cuales se consumen generalmente en la propia casa, la de algún amigo, el colegio, los parques o las calles del barrio donde se vive, en muchos casos para luego experimentar con drogas más fuerte o ilícitas. (Rivolta, 2012).

En este contexto los datos nacionales más recientes se encuentran publicados en el III estudio epidemiológico andino sobre el consumo de drogas en la población universitaria del Ecuador, realizado en el año 2016; donde se registra que el 51,5% de los estudiantes universitarios ha ingerido alcohol; de estos el 58,1% son hombres y el 45,5% son mujeres. La edad en la que se registró un mayor consumo de alcohol es desde los 23 a los 24 años (58,8%), con un inicio del consumo a los 16 años. (Boyle et al., 2017).

En cuanto al tabaco, se puede enunciar, que el 56,4% de estudiantes universitarios ha consumido tabaco alguna vez en su vida, el 68,4% son hombres y el 45,3% son mujeres, con una media para el uso de tabaco a los 16 años en el caso de los hombres y 17 años en las mujeres, siendo en la región Sierra donde más cigarrillo se consume. (Boyle et al., 2017).

Por otra parte, el 12,7% de los estudiantes universitarios en el Ecuador, ha consumido una droga ilícita en el 2017; donde, la marihuana es la sustancia más consumida con el 11,6%, y le sigue la cocaína con el 1,5%. El grupo etario con mayor prevalencia de consumo es, el de 23 a 24 años. La edad de inicio en el consumo de marihuana es a los 18 años, tanto en varones como en mujeres. (Boyle et al., 2017). El 28,8% abusan o presentan indicadores compatibles con la dependencia cannábica, la tasa más alta de abuso o dependencia la obtienen los varones con el 30,3%, mientras que las mujeres alcanzan el 25,5%. (Boyle et al., 2017).

El consumo de sustancias tóxicas, es una de las epidemias sociales de mayor y más rápida extensión, la cual representa una amenaza para la salud y el bienestar de los seres humanos; con nefastas consecuencias sociales que traen consigo el deterioro personal, familiar y de la comunidad. (Rivolta, 2012).

Se ha determinado que pueden existir aprendizajes, en los cuales los niños y jóvenes internalizan las reglas culturales de su sociedad a través de la familia, en donde se produce la endoculturación. (Castaño, 2014). Según la teoría propuesta por Bandura (1982), en la cual a través del aprendizaje social se explica, “cómo la adquisición de la conducta humana sigue los principios de aprendizaje del condicionamiento clásico, operante y vicario, resaltando las variables culturales y agentes de socialización como la familia y grupos de iguales, como variables explicativas en la adquisición de una conducta o en el mantenimiento de la misma”. Si seguimos este enfoque el aprendizaje viene determinado por variables internas como las expectativas y creencias, así como elementos del ambiente con los que las personas conviven. (Bandura, 1982)

Siendo el consumo de sustancias un problema multifactorial, y tomando en cuenta el proceso de endoculturación, podemos decir que se requieren factores genéticos, ambientales, de estructura y función familiar para desarrollar el consumo de sustancias, en uno o algunos de los integrantes de la familia, también influye considerablemente el aprendizaje social de exposición al consumo de sustancias tóxicas, así como el criterio de los progenitores acerca del uso o abuso de las mismas, siendo este un comportamiento aprendido o modelado, que vuelve vulnerable a la familia para el inicio en el consumo a temprana edad o, posteriores problemas de dependencia en comparación a los no expuestos a este enunciado. (Rüütel et al., 2014 y Rivolta 2012).

Los padres con dificultades o desidia para instruir a sus hijos en: cómo relacionarse socialmente con el medio, la adecuada resolución de problemas, el apego, los conflictos, la falta de apoyo, y las disfunciones familiares; crearán un efecto de cascada en los hijos, que conlleva, con el tiempo a conductas antisociales y problemas con el consumo de sustancias tóxicas. (Rüütel et al., 2014 y Rivolta 2012).

Rüütel et al. (2014), Rivolta (2012) y Morales (2008); indican que existe una baja prevalencia de delincuencia y consumo de sustancias, dentro de las familias biparentales, constituidas por los dos padres biológicos, colocando a dicha estructura familiar como un factor protector; en este sentido, Pérez et al. (2007) también relaciona a la familia nuclear como la más preparada para afrontar los cambios en cada fase de su ciclo vital.

Dichos autores hacen énfasis en que las familias con estructuras diferentes, como la monoparental, o, en la que existe un padrastro, son más propensas a dificultades emocionales, psicológicas y problemas de comportamiento; posiblemente debido a los problemas observados en los padres, la experiencia de abuso, y negligencia durante la infancia, que tendrá como consecuencias problemas escolares, dificultad para relacionarse en la adolescencia, y el posterior riesgo de consumo de sustancias Rüütel et al., (2014), Rivolta (2012) y Morales (2008); en contraposición, Pérez et al., (2007), replantea estos conceptos tradicionales; indicando que la familia nuclear no parece ser imprescindible para el establecimiento de relaciones familiares positivas y un desarrollo psicológico saludable en el adolescente, revela sin embargo, que la dinámica familiar estaría equilibrada por factores demográficos y los recursos existentes, más que por la estructura familiar ya que en su publicación, concluye que familias no nucleares pueden presentar ciclos vitales alternativos que le confieran un funcionamiento normal.

El 50% de los adolescentes no está contentos con el funcionamiento de su familia, cifra que no coincide con la creencia de los padres, los cuales en un 90% piensan tener una comunicación satisfactoria con sus hijos adolescentes. (Pérez et al., 2007)

Es por eso que los médicos de familia desde sus diferentes niveles de atención y mediante una intervención multidisciplinaria pueden elaborar guías anticipatorias, proporcionando un asesoramiento adecuado, mejorando la comunicación entre los miembros de la familia y promoviendo entornos saludables, que permitan un crecimiento sano y equilibrado del adolescente; basado en un buen apoyo familiar y social, así como en la mejora de la comunicación con sus progenitores. (Pérez et al., 2007 y Rivolta 2012).

Es necesario realizar un estudio que permita identificar los patrones y la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas, de los estudiantes universitarios para poder asociarlas con la funcionalidad familiar, las características de la familia y los límites familiares, que permita tener una visión integral de esta problemática dentro de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador - Sedes Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo.

La evidencia generada a partir de este estudio permitirá recalcar la importancia de incorporar a la familia dentro de intervenciones destinadas a prevenir o limitar el consumo de estas sustancias, así como proponer intervenciones en las familias mediante guías anticipatorias y acompañamiento a estudiantes universitarios.

### **Problema de investigación**

¿Cómo se asocian la disfunción familiar y las características de la familia con el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sedes Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo en el año 2018?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Determinar la asociación entre la disfunción familiar y las características de la familia con el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Sedes Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo en el año 2018.

### **Objetivos específicos**

- Identificar la edad de inicio de consumo de alcohol, tabaco y drogas de los estudiantes del primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Determinar la funcionalidad familiar y los límites familiares de los estudiantes del primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Analizar la asociación entre las características de la familia con el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los estudiantes del primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Identificar la presencia de consumo de riesgo de alcohol en los estudiantes del primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Analizar la asociación del consumo de alcohol y drogas de los estudiantes del primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, con el consumo en sus pares y familiares.

**Hipótesis**

La disfunción familiar moderada y grave, así como también los límites familiares ausentes, difusos o rígidos, y familias monoparentales; se relacionan con el consumo de alcohol, tabaco y drogas en estudiantes del primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo en el año 2018.

## Capítulo II

### Marco teórico

#### 1. Alcohol

##### 1.1 Definición.

Según la Real Academia de la Lengua (2019), el alcohol es definido como “un compuesto de carbono, hidrógeno y oxígeno, derivado de los hidrocarburos en cuya molécula existen uno o varios grupos hidroxilos (OH)”. (RAE, 2019)

El alcohol etílico o también llamado etanol, motivo de nuestro estudio, “es un líquido incoloro, olor fuerte e inflamable que se obtiene mediante la destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o feculentas, formando parte de numerosas bebidas destinadas para el consumo humano y con un sinnúmero de aplicaciones industriales”. (RAE, 2019)

##### 1.2 Patrones de consumo.

El término *bebida estándar*, es utilizado a nivel mundial como medida que simplifica el consumo de alcohol en una persona. Es por ello que la OMS (2008), especifica que un mililitro de alcohol equivale a 0,785 grados de alcohol, por ello la bebida estándar equivale en algunos países a 13g de alcohol, y en Europa a 10g. De esta manera proponen ciertos valores asignados a las bebidas, como punto de referencia de bebidas estándar: 330ml de cerveza al 5%, 140ml de vino al 12%, 90ml de vinos fortificados al 18% como el jerez, 70ml de licor o aperitivo al 25% y, 40ml de bebidas al 40%.

Los patrones de consumo de alcohol representan por sí mismos la asociación de múltiples variables que incluyen la frecuencia de consumo, cantidad de alcohol consumido, preferencia de las bebidas, lugar donde se ingiere, así como, las características propias del individuo biológicas y genéticas y, aspectos sociodemográficos que determinan una conducta de bebida. (Medina, 1991)

En este sentido existen algunas clasificaciones del patrón de consumo, si hacemos referencia en como esto ha ido cambiando en la historia, tenemos que para el año de 1991, Medina y colaboradores citaban 7 tipos de patrones entre ellos, ***abstemio*** para aquellas personas que no consumen bebidas alcohólicas o cuya frecuencia es menor de una vez al año, ***bebedor poco frecuente*** personas con consumo de bebidas alcohólicas al menos una vez al año o menos de una vez al mes, ***bebedores moderados de bajo nivel*** personas que consumen no más de 5 copas una vez al mes o a la semana, ***bebedores moderados de alto nivel*** aquellas personas que consumen más de 5 copas una vez a la semana y al mes, ***bebedores frecuentes de bajo nivel*** reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia pero no más de 5 copas por consumo, ***bebedores frecuentes de alto nivel*** consumo mayor de 5 copas al menos una vez a la semana o con mayor frecuencia y más de una vez al año, ***bebedores frecuentes consuetudinarios*** aquellos que consumen más de 5 copas frecuentemente en la semana. (Medina, 1991)

Villacé (2013), en su estudio indica dos tipos de patrones de consumo, ***consumo excesivo episódico*** cuyo consumo data de los últimos 30 días de 4 o 5 tragos tanto en hombres como en mujeres también es denominado en la cultura argentina como *binge drinking*, reportando este tipo de consumo en 1 de cada 4 jóvenes; y, por otra parte, el ***consumo regular*** a la población que consumió más de una vez en los últimos 30 días.

Suárez (2016), menciona en su estudio el ***consumo tradicional*** siendo este el comparado a lo largo del tiempo, se asocia al consumo dentro de los integrantes en la familia a lo largo de la historia como algo que se lleva en la genética de las familias; ***consumo normalizado*** es aquel visto en los adolescentes en reuniones familiares o sociales como algo normal, ***consumo por diversión***, aquel que quita las penas, se ríe y se pasa un buen rato, ***consumo de celebración*** con lo que asocia que las fiestas es igual a beber, el ***consumo abusivo – intensivo*** en la que se utilizan bebidas de alta

graduación alcohólica que ocasiona el emborrachamiento; el **consumo moderado**, vinculado con la ingesta de vino o cerveza con un franco control del consumo. (Suárez, 2016)

Para fines de nuestro estudio nos quedaremos con los patrones de consumo mencionados en la Organización Mundial de la Salud (2008), **consumo de riesgo** definido como el consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud cuando el consumo diario regular es de 20 a 40g de alcohol para las mujeres y de 40 a 60g en los varones; **consumo perjudicial** aquel que conlleva consecuencias tanto físicas como mentales, cuyo consumo es más de 40g de alcohol para las mujeres y 60g para los hombres; **consumo excesivo episódico o circunstancial** llamado también el binge drinking, conlleva el consumo de más de 60g de alcohol en cualquier ocasión con ciertos daños en la salud; **dependencia** son los fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en el que el alcohol se vuelve prioritario para el individuo. (OMS, 2008)

### **1.3 Epidemiología.**

En el centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud, se encuentra el informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud (*Global status report on alcohol and health 2018*), con la siguiente información en referencia al alcohol: (OMS, 2018)

- Alrededor de 2,3 mil millones de personas son bebedores actuales.
- El 25,5% de todo el alcohol consumido a nivel mundial no posee registro y por ende no puede ser supervisado gubernamentalmente.
- El 26,5% (155 millones), de los jóvenes entre 15 y 19 años son bebedores, la mayor tasa de consumo le corresponde a Europa con un 43,8%, región de las Américas 38,2% y Pacífico Occidental con un 37,9%.
- El 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuida a su consumo.

- El alcohol es el responsable del 7,2% de muertes prematuras a nivel mundial; de estas el 13,5% se produce en el grupo etario de 20 a 39 años; representando un 5,3% de las causas generales de muerte.
- El consumo nocivo del mismo, se considera agente causal de tuberculosis, VIH/SIDA, trastornos mentales y comportamentales, enfermedades no transmisibles y traumatismos.
- En lo que concierne a la epidemiología por género, 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres padecen trastornos por consumo de alcohol. La mayor prevalencia entre hombres y mujeres se registra en Europa (14,8% y 3,5%) y la Región de las Américas (11,5% y 5,1%).
- Los trastornos por consumo de alcohol son más frecuentes en los países desarrollados, empero, la carga de morbilidad atribuible al alcohol es mucho mayor en los países en vías de desarrollo.
- El 67% de los países desarrollados tiene políticas públicas sobre el alcohol, lo que no ocurre en las Américas y África donde la gran mayoría de sus países no cuentan con ellas.
- El nivel de cobertura para tratamiento de la dependencia al alcohol es cero en los países en vías de desarrollo y llega a un 40% en los países desarrollados.
- En casi la mitad de los países no existe restricción de publicidad de bebidas alcohólicas ya sea en internet o en redes sociales.

Dentro del *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas* (2019), realizado por la Organización de Estados Americanos y la Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD); el consumo del alcohol en dicha región es realmente preocupante, donde se estima que el promedio de consumo personal supera el promedio mundial; la prevalencia de consumo es de más del 52% en Argentina y Uruguay, y el 40% para Chile y Paraguay. El consumo

en el género masculino sigue siendo superior al género femenino; la prevalencia más alta de consumo en esta región está comprendida en el grupo etario de 18 a 34 años.

Se estima que entre el 6,5 al 28,6% de la población general presenta consumo problemático de alcohol, donde sigue siendo el género masculino el más prevalente. El 80% de la población estudiada perciben peligro de embriagarse con bebidas alcohólicas.

En este informe se realizó un análisis del consumo del alcohol en los estudiantes universitarios, la prevalencia del último mes de consumo supera el 50% en Brasil, Ecuador, Colombia y Uruguay; el 41% de estos estudiantes en el Ecuador presentan consumo problemático de alcohol, le sigue Bolivia con el 38,5% y Colombia con el 31,2%; las tasas de dependencia en los países motivo de estudio oscila entre el 5 al 15%, siendo el género masculino el mayormente afectado. (CICAD, 2019)

Es así que llegamos a las estadísticas nacionales, datos del INEC, cuya encuesta fue realizada en los años 2011 – 2012; en donde se indica que 912576 personas mayores de 12 años consumen alcohol en nuestro país, la prevalencia para el género masculino es del 89,7%, mientras que el género femenino consume en tan solo el 10,3%. En cuanto al grupo etario, el 33,5% corresponde a edades comprendidas entre los 19 a los 44 años, encontrando que el 2,5% ingiere alcohol con edades menores a los 18 años. La provincia que registra mayor consumo es Galápagos (12%) y la de menor consumo Bolívar (3,9%). El grupo étnico de mayor consumo son los montubios (10,8%), seguido de los afroecuatorianos (9,7%), y luego los blancos y mestizos con un 8% cada uno, la etnia indígena consume en tan solo un 4,5%. El 41,8% de los ecuatorianos consumen bebidas alcohólicas semanalmente. (INEC, 2012)

Acotando a estos datos, la OMS en el año 2014, ubica al Ecuador en el noveno lugar en América Latina que consume alcohol, el promedio de ingestión per cápita es de 7,2 litros anuales; produjo la muerte en 6 042 personas entre los años 2003 y 2013, un promedio de 604 por año.

Acurio (2017), en su estudio realizado a los estudiantes de pregrado de la PUCE Matriz con una población de 592 estudiantes indica que el porcentaje de consumo de alcohol en los estudiantes hombres fue del 95% iniciando su consumo a los 14 años y el 94,3% en las mujeres con inicio de consumo más tarde dentro del período de la adolescencia. Refiere además que el 95,4% de los estudiantes consumen de 1 a 4 veces en el mes, el 94,5% de los estudiantes no mezcla el consumo de alcohol con bebidas energizantes y, en lo que concierne el lugar del consumo el 46,4% manifestó realizarlo en bares, fiestas o discotecas.

#### **1.4 Efectos del alcohol dentro de la fisiología humana.**

El consumo de alcohol sea este agudo o crónico genera a nivel de los diferentes aparatos y sistemas del cuerpo humano múltiples efectos nocivos que iremos citando a continuación:

##### ***1.4.1 Aparato Digestivo.***

El paso del alcohol por el esófago produce trastornos en la motilidad esofágica, se reduce la función motora del cuerpo medio del esófago, así como también la amplitud y frecuencia de las ondas peristálticas, que se propaga hacia los esfínteres superior en donde se disminuye la amplitud media de contracción tras la deglución favoreciendo de esta manera a las neumonías por aspiración; y, en el esfínter esofágico inferior, donde se reduce su presión basal, la amplitud de contracciones de este esfínter y la frecuencia de relajación posterior a la deglución asociándose con reflujo gastroesofágico. (Estruch, 2002) (Evora, 2017) (Noriega, 2012)

La absorción del alcohol se realiza por vía oral, en un 80% en el duodeno y yeyuno; mientras que el 20% restante se realiza en el estómago, dicha absorción depende de la velocidad del vaciamiento

gástrico, mientras más vacío este el estómago mayor parte de alcohol se absorbe y viceversa. (Ley de Fick). Cuando las bebidas poseen un grado alcohólico entre el 20 y 35% la absorción es más veloz, al producir menor espasmo de la musculatura del esfínter pilórico, en comparación de aquellas bebidas alcohólicas que poseen mayor graduación. (Estruch, 2002) (Noriega, 2012) (Evora, 2017)

El primer paso de digestión del alcohol se produce en el estómago por medio de la enzima alcohol deshidrogenasa, en este sentido cabe recalcar que el alcohol consume la capa de bicarbonato que recubre a la superficie mucosa del estómago, provocando de esta manera el contacto del ácido gástrico con esta capa, produciendo a posterior gastritis o úlceras; por otra parte, el consumo de alcohol enlentece la absorción de nutrientes y fluidos contribuyendo a la malnutrición. (Estruch, 2002) (Evora, 2017) (Noriega, 2012)

A nivel del intestino delgado, se acelera el tránsito intestinal provocando deposiciones diarreicas posteriores al consumo del mismo. El etanol actúa directamente sobre el sistema nervioso autónomo intestinal e inflama la mucosa, aumentando la permeabilidad intestinal empeorando la malnutrición antes descrita. (Estruch, 2002) (Noriega, 2012) (Evora, 2017)

En el páncreas se aumenta la secreción pancreática, incrementa en un 50% la secreción basal de amilasa, pero inhibe la producción de secretina y de péptido intestinal vasoactivo.

El alcohol es metabolizado en el hígado por mecanismos de oxidación en un 90%, el 10% restante es excretado por el riñón, también se elimina a través de la respiración ya que se ha registrado valores de 0,05% de etanol en el aire alveolar con los que se realizan los test de alcoholemia. (Estruch, 2002) (Noriega, 2012) (Evora, 2017)

Ciertas características particulares en la mujer hacen que sea más susceptible a la alcoholemia siendo estas la menor masa corporal, mayor proporción de grasa corporal y menor expresión de la enzima acetaldehído deshidrogenasa. (Evora, 2017) (Noriega, 2012)

#### ***1.4.2 Sistema Cardiovascular.***

El etanol tiene un efecto pleomórfico en el corazón; por una parte, actúa como inotrópico negativo que conlleva a una reducción de la contractibilidad cardíaca, cuyo efecto es dosis dependiente y rápidamente reversible. Esto es debido a que se inhibe el proceso de excitación – conducción, interfiriendo la captación de calcio a nivel celular. (Estruch, 2002) (Evora, 2017) (Noriega, 2012)

En la intoxicación alcohólica y en menores de 65 años, el consumo de etanol se ha asociado con fibrilación auricular paroxística, algunos estudios manifiestan que la presencia de arritmias cardíacas depende de la alcoholemia y de la presencia de miocardiopatía establecida alcohólica con fracción de eyección menor de 50%. Esto se produce por un retraso en la conducción de estímulos por mecanismos de reentrada, además, se presenta una prolongación del intervalo QT considerado como un factor predictivo de muerte en pacientes alcohólicos con hepatopatía, existe también aumento de las catecolaminas circulantes de predominio adrenérgico, así como también una hiperactividad simpática que se acompaña de alteraciones electrolíticas como la hipopotasemia y la hipomagnesemia. (Estruch, 2002) (Evora, 2017) (Noriega, 2012)

Tras un consumo crónico de al menos 10 años, aparecen manifestaciones clínicas de miocardiopatía alcohólica que se caracteriza por una disfunción ventricular sistólica o diastólica de tipo subclínico, signos de insuficiencia cardíaca congestiva, y un sinnúmero de arritmias ventriculares y supra ventriculares que pueden llevar a la muerte súbita, muy frecuente en este tipo de pacientes. (Estruch, 2002)

Se ha reportado también la relación existente entre el consumo de 30g de etanol diarios con la prevalencia de hipertensión arterial, aumentando la tensión arterial entre 5 y 8 mm de Hg, esto es debido a una activación del sistema renina angiotensina aldosterona, aumento del cortisol, incremento de la resistencia a la insulina, y, por alteraciones iónicas antes mencionadas produciendo un vaso espasmo periférico. (Estruch, 2002)

#### ***1.4.3 Sistema Nervioso.***

El etanol se difunde a través de las membranas celulares por el proceso de difusión, al tratarse de un compuesto tanto hidrosoluble como liposoluble teniendo así, la capacidad de poder atravesar membranas y barreras, tanto la barrera hematoencefálica como la barrera placentaria; alcanza mayores concentraciones en el plasma debido a la mayor cantidad de agua en los tejidos, no tiene proteínas de unión plasmáticas por ende no tiene gradientes oncóticos. (Estruch, 2002) (Evora, 2017) (Noriega, 2012)

Con el consumo de alcohol, la acetilcolina y las aminos biógenas como la dopamina, noradrenalina y serotonina se incrementan en las etapas iniciales, con un efecto estimulante sobre la actividad psicomotriz que posteriormente tiene una fase de depresión.

El ácido gamma-aminobutírico (GABA) potente inhibidor del sistema nervioso central, aumenta su afinidad con el etanol, y junto con su receptor son responsables del efecto depresor. Algunos estudios observacionales demuestran que el alcohol influye también en el enlace entre los opioides endógenos como las encefalinas y endorfinas con sus receptores y, sobre los aminoácidos estimulantes aspartato y glutamato, generando así la estimulación inicial con pequeñas dosis de etanol; mientras que, a grandes dosis posee un efecto inhibidor. (Evora, 2017) (Noriega, 2012)

Las cifras de alcoholemia inicialmente producen un período de hiperexcitabilidad en la corteza cerebral, que posteriormente se convierte en un síndrome confusional, cerebeloso; hasta llegar al coma profundo.

El etanol a nivel cerebral reduce la actividad en la corteza occipital, con aumento de la actividad a nivel de la corteza temporal izquierda y los ganglios basales.

A nivel del hipotálamo, la producción de vasopresina se inhibe con el consumo de alcohol, aumentando de esta manera la diuresis que, a su vez, conlleva a la deshidratación cerebral provocando así los síntomas posteriores a la ingesta alcohólica.

En lo que concierne a la circulación cerebral, dosis bajas de alcohol producen vasodilatación produciendo aumento de la circulación cerebral regional, con un efecto dispar si las cantidades de alcohol se ven aumentadas.

Frecuentemente el consumo de etanol ocasiona las llamadas amnesias de duración corta, generalmente unas horas, se afecta la memoria de fijación, sin alteraciones de otras funciones cerebrales, puede aparecer tanto en bebedores esporádicos como en aquellas personas que tienen dependencia al alcohol. (Estruch, 2002)

El síndrome de Wernicke – Korsakoff, es una enfermedad que se produce por la deficiencia de la tiamina relacionada con el alcoholismo, se caracteriza por la triada clínica de oftalmoplejía, confusión y ataxia. Generalmente se presenta concomitantemente con una infección, desorden metabólico, en período de abstinencia o intoxicación alcohólica. Por ende, los factores de riesgo para esta patología incluyen pacientes con consumo regular de alcohol de al menos 10 años, disalimentación, desnutrición.

## **1.5 Factores de riesgo**

### ***1.5.1 Edad de inicio.***

La edad de inicio del consumo del alcohol se encuentra entre los 16 años y 20 años, dato que se comparten con otros países de la región de las Américas. (Díaz, 2012) (Méndez, 2015) (Barradas, 2016). Según el estudio de la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC, 2016), Colombia registra un inicio de consumo a los 15,3 años, seguido de Ecuador a los 16, 4 años, Perú a los 16,8 años y Bolivia a los 17,5 años. En nuestro país los datos se obtienen de repositorios de tesis de grados cuyo enfoque de estudio ha sido el consumo de alcohol. (Ponce, 2018) (Mocha, 2014) (Dávila, 2013).

### ***1.5.2 Género.***

Todos los estudios concuerdan en que es el género masculino el que con mayor proporción ingiere alcohol dentro de los estudiantes universitarios, y, que se ha observado tiene mayores porcentajes de consumo riesgoso o perjudicial; mientras que la percepción de riesgo de consumo de alcohol es mayoritaria en el género femenino (Barradas, 2016) (Díaz, 2012) (Méndez, 2015) (UNODC, 2016).

Esto posiblemente sea debido a que el género masculino afianza su masculinidad y estatus entre sus pares con la ingestión de etanol,

### ***1.5.3 Condición socio económica.***

Betancourth (2017), en su estudio afirma que la mayoría de estudiantes universitarios en el país vecino de Colombia que provienen de estratos sociales bajos consumen alcohol en un 36,5%, y el estrato social bajo – bajo un 26,9% mientras que para el estrato medio es de 1,3%

#### ***1.5.4 Funcionamiento psicológico.***

Las celebraciones con amigos y reuniones familiares representan en un 56,3% la situación favorecedora para el consumo de alcohol dentro de la población universitaria, mientras que un 17,8% consume alcohol sin un motivo particular. (Betancourth, 2017)

Díaz (2012), manifiesta que una de las motivaciones para el consumo de alcohol es justamente el desconocimiento acerca de las consecuencias del mismo, muchos de los estudiantes al presentar en las etapas iniciales del consumo de etanol sensaciones de euforia, alegría y exaltación quedan prendidos en su consumo generando de esta manera dependencia.

Por otra parte, Méndez (2015), constató que las causas para la ingestión de alcohol en este grupo universitario se consideraban el alejamiento de la familia, la ansiedad, la disminución del rendimiento académico y la irritabilidad; requiriendo el consumo de alcohol para animarse. (Díaz, 2012)

#### ***1.5.5 Genética.***

Baer (2002), afirma que los hijos de alcohólicos presentan mayor probabilidad y riesgo de tener problemas con el consumo de alcohol, siendo su impacto mayor en aquellos jóvenes con una buena relación de padres – hijos o en aquellos que se perciben similares a sus padres. (Díaz, 2012)

#### ***1.5.6 Entorno e Historia familiar.***

En este sentido la Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito (UNODC, 2016), reporta que en Colombia el 64,7% de los estudiantes encuestados en este estudio manifiestan tener más de un familiar que se emborracha, en Bolivia en el 58,5%, Ecuador 57,1%, y en Perú el 46,6%. Armendáriz (2014), indica en su estudio que la existencia de historia familiar de consumo se correlaciona positivamente con la ingesta de alcohol en los estudiantes universitarios. Por otra parte, se menciona que un 18,8% de estos estudiantes tienen padres con problemas de dependencia

y un 25% sus tíos o familiares cercanos; un 75% reporta haber tenido familiares que han tenido problemas durante el consumo de alcohol.

### ***1.5.7 Relación con los pares.***

El consumo con sus pares sigue siendo uno de los patrones más prevalentes dentro de los estudiantes universitarios, cuyas prevalencias son muy variadas dentro de los diferentes países que conforman la región de las Américas, en Colombia, por ejemplo, Betancourth (2016), reporta que el 76% de dichos estudiantes prefieren consumir con sus pares, Díaz (2012) informa en su estudio un 85%. El Estudio de la UNODC (2016), manifiesta que un tercio de los estudiantes universitarios de Bolivia y Ecuador han visto esporádica o frecuentemente estudiantes ingiriendo alcohol dentro de las instalaciones de la universidad.

La presión social ejercida por el grupo de amigos y la accesibilidad juegan un papel importante en el consumo de los jóvenes con su grupo social, tomando en cuenta que su consumo si bien es cierto inicia a edades tempranas por curiosidad o por la incitación de un familiar.

### **1.6 Factores de protección.**

Denominados como los factores individuales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo, es así que un adecuado desarrollo y madurez en el adolescente, habilidades para la resolución de conflictos, la autonomía, independencia, adecuada planeación del tiempo libre, actitud positiva entre otras constituyen factores adecuados a desarrollar personalmente para evitar el consumo de alcohol. (Ahumada, 2017)

La familia constituye un factor protector siempre y cuando en ella exista una buena relación entre padres e hijos, se logre tener comunicaciones abiertas y asertivas; los límites establecidos sean claros, exista unión familiar que permita tener tiempos de calidad, manejo eficaz de los problemas

en alguno de los integrantes, pero por, sobre todo, promover los hábitos saludables dentro de sus integrantes. (Ahumada, 2017)

Otros factores como una adecuada autoestima, poseer asertividad, capacidad de autocontrol, dentro de lo que concierne a lo psicológico, y; poseer una buena red de apoyo escolar, en la que los lazos con los maestros sean de confianza y trabajo en equipo, buenas relaciones con sus compañeros, relación con diversos grupos; posiblemente constituyan dentro de la escuela los mejores aliados en contra del consumo de alcohol. (Ahumada, 2017)

### **1.7 Efectos beneficiosos del consumo de alcohol.**

Existen estudios in vitro donde los poli fenoles del vino y de la cerveza tienen efectos antioxidantes, antiinflamatorios, hipotensivos y de anti agregación plaquetaria; sin embargo los estudios en humanos demuestran que el consumo de alcohol permite la absorción de muy poca cantidad de estos poli fenoles. (Arredondo, 2014)

Indiscutiblemente ha sido complicado hacer un consenso en los diferentes países para determinar cuál sería la definición apropiada para consumo moderado; como se ha mencionado anteriormente según el Instituto Nacional sobre alcoholismo y abuso de alcohol en los Estados Unidos de Norteamérica, el consumo moderado para un paciente con género masculino es no más de 4 bebidas al día (56g) y no más de 14 bebidas por semana (196g); mientras que para las mujeres sería no más de 3 bebidas al día (42g) y no más de 7 bebidas a la semana (98g). (Arredondo, 2014)

El vino tinto y la Ginebra disminuyen la interleucina 1<sup>a</sup>, 6 y la proteína C reactiva; produciéndose así su efecto antiinflamatorio. Disminuye también las moléculas de adherencia vascular tipo 1 (VCAM-1), moléculas de adhesión intravascular 1 (ICAM-1), y el antígeno 4 de expresión linfocítica, disminuyendo así la respuesta de los macrófagos para la formación de la placa ateromatosa. (Brien, 2011)

Por otra parte, el uso moderado de cualquier bebida alcohólica ha demostrado aumentar las lipoproteínas de alta densidad (HDL) en forma dosis dependiente, incrementa también las apo proteínas (apoA – I), no cambia el contenido del colesterol total, los triglicéridos y lipoproteínas. (Brien, 2011)

Se ha evidenciado que existe una mejor sensibilidad a la insulina y disminución de la insulina en el suero de pacientes con consumo moderado de alcohol. (Brien, 2011)

### **1.8 Tamizaje de abuso y dependencia alcohólica.**

Existen instrumentos que nos permiten valorar o identificar tanto el consumo problemático como la dependencia del consumo de alcohol.

El cuestionario CAGE, fue desarrollado por Ewing y Rouse en 1968, con el fin de detectar consumidores rutinarios de alcohol. Es una escala ampliamente utilizada y validada para identificar la dependencia al alcohol, tiene una consistencia interna de 0,74 en promedio, con una correlación prueba re prueba de Spearman de 0,65, su sensibilidad oscila entre el 30 y el 50%, y una especificidad del 80%. (Campo, 2009)

El uso de esta escala se recomienda realizarlo cada dos años, a personas mayores de 14 años; como parte de un control preventivo rutinario, antes de prescribir medicación que tengan interacción con el alcohol y en personas que se sospeche un abuso en el consumo de alcohol.

El cuestionario CAGE consta de 4 preguntas que se relacionan con el consumo de alcohol: (Comunitaria, 2005)

- **C:** (Cut down). ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol?
- **A.** (Annoyed). ¿Se siente molesto cuando le critican por beber?
- **G.** (Guilty). ¿Alguna vez se siente culpable por beber?
- **E.** (Early morning drink). ¿Alguna vez tomó alcohol temprano por la mañana?

Si responde Sí a dos o más de las preguntas, se considera que esa persona podría tener problemas con el consumo de alcohol. Otros autores consideran que un punto indica problemas con el alcohol, mientras que dos o más se considera dependencia. (Comunitaria, 2005) Otra bibliografía como Ferreira (2010), manifiesta que valores de 0 a 1 corresponden a los bebedores sociales, un puntaje de 2 se considera un consumidor de riesgo, 3 consumo perjudicial y 4 dependencia alcohólica.

Este test está construido para detectar personas que han sufrido dependencia al alcohol a lo largo de su vida, o el consumo continuado del mismo, más que para detectar consumo episódico excesivo. (Conde, 2017)

El test de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification test), fue desarrollado por la OMS en 1989 basado en los criterios diagnósticos para el síndrome de dependencia al alcohol del CIE 10; es un cuestionario breve y eficaz recomendado por la OMS, fácilmente aplicable y útil en la atención primaria. Se trata de un cuestionario de 10 preguntas, las tres primeras corresponden a preguntas referidas al uso de bebidas alcohólicas relacionadas con la cantidad y la frecuencia, 4 relacionadas con la dependencia y las tres últimas analiza las consecuencias del consumo por alcohol. (Pérula, 2005) Se puede obtener un puntaje de entre 0 y 40, teniendo cada ítem un puntaje de 0 a 4.

Una puntuación entre 8 y 15 indicaría consumo de riesgo, puntuaciones de 16 a 19 consumo perjudicial y puntuaciones mayores a 20 indican dependencia alcohólica. El comportamiento psicométrico de este test generalmente ha sido satisfactorio. (Rial, 2017)

Tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0,93, sensibilidad del 32 al 96% y especificidad del 84 al 96%; cociente de probabilidad positivo de 6,3 a 14,7 y el valor predictivo negativo corresponde al 4,9%. (Pérula, 2005) (Alvarez, 2001)

### 1.9 Trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

Debemos recordar que existen tres factores que propician los patrones adictivos al alcohol:

**el papel del alcohol como reforzador positivo**, que significa que el cuerpo humano requiere de dosis mínimas de esa sustancia para que el organismo inicie la búsqueda del mismo; **el papel del alcohol como estímulo discriminador**, en donde se observa el estímulo y la recompensa por el consumo de alcohol y, **el estímulo que condiciona el efecto del alcohol** en donde intervienen factores medio ambientales y sociales. (Navarrete, 2018)

El alcoholismo se considera una enfermedad crónica, progresiva y fatal; cuya etiología depende de factores genéticos, psicosociales y ambientales que determinarán su desarrollo y manifestaciones clínicas. Se caracteriza por la imposibilidad del individuo para controlar el consumo de alcohol a pesar de las consecuencias adversas y complicaciones que tenga por su abuso. (Navarrete, 2018)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana en su 4a edición la **intoxicación por sustancias**, constituye un síndrome reversible causado por la reciente ingestión alcohólica, estos síntomas y signos se presentan con frecuencia durante el consumo o poco tiempo después de haber consumido; los síntomas incluyen: alteraciones en estado de vigilia y atención, así también, alteración del juicio y en el sistema locomotor. (Navarrete, 2018)

En el DSM-IV se utilizan similares criterios tanto para la dependencia, como para el abuso relacionados con el consumo de sustancias lícitas e ilícitas. El abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo en el que las consecuencias adversas son significativas y reiterativas, se puede llegar al incumplimiento de actividades u obligaciones importantes, el consumo se vuelve repetido exponiendo su integridad física, les ocasiona múltiples problemas legales, sociales e interpersonales; durante un periodo continuo de 12 meses. (Navarrete, 2018)

En el DSM-V no se utiliza el término adicción y se elimina la categoría de dependencia cambiándola por la descripción de una condición adictiva de severidad variable que incluye: leve, moderado y severo. El diagnóstico se basa fundamentalmente en la falta de control en el consumo, el deterioro social, el riesgo en el consumo de sustancias, la tolerancia y la abstinencia. (Navarrete, 2018)

Es de vital importancia realizar exámenes de laboratorio en los pacientes con consumo perjudicial y aquellos con síntomas de dependencia, se evaluarán parámetros analíticos de química sanguínea como: ácido úrico, triglicéridos, Gamma glutamil transpeptidasa (GGT), aspartato aminotransferasa (TGO - AST), alanina aminotransferasa (TGP - ALT), la biometría hemática y los tiempos de coagulación son auxiliares para establecer la severidad y la progresión de un trastorno por consumo de alcohol.

### **1.10 Tratamiento.**

Los pacientes que presentan consumo moderado a severo se benefician del tratamiento por el especialista en adicciones, requieren conjuntamente terapias en grupos de autoayuda y psicoterapia individual. El objetivo de este proceso es la abstinencia total y permanente.

El tratamiento farmacológico intenta controlar los síntomas inmediatos relacionados con la abstinencia como ansiedad, inquietud, insomnio, alteraciones de memoria, agresividad, síntomas psicóticos, con la finalidad de evitar el delirium tremens y crisis convulsivas. (SEMFyC, 2016)

La importancia de la adherencia al tratamiento incluye evaluar en el paciente que presenta síntomas de dependencia al alcohol cuán dispuesto se encuentra al cambio, es así que se debe recordar los diferentes estadios: **precontemplación** en la que generalmente el paciente no ve su situación como un problema, la **contemplación** en la que se visualizan ciertos inconvenientes relacionados con el consumo, la **determinación** en las que el individuo toma decisiones para superar su problema, la

**acción** donde las personas toman el control de sus vidas para realizar un verdadero cambio, el **mantenimiento** el paciente permanece en la conducta de cambio, sin embargo es en esta etapa donde se sufren las recaídas, la **recaída** donde lamentablemente se vuelve a las conductas de riesgo anteriores. (SEMFyC, 2016).

Para los pacientes de *consumo de riesgo*, aquellos con un CAGE < 2 y un AUDIT < 13, es preciso realizar una reeducación del consumo, en estos casos es factible que como médicos de familia realicemos guías anticipatorias que incluyan: informar al paciente sobre los beneficios del consumo moderado del alcohol, informar los riesgos y complicaciones del consumo moderado o grave, negociar la reducción paulatina pero consistente de las unidades de alcohol bebidas en la semana de preferencia con la elaboración de un diario de consumo. (SEMFyC, 2016).

Es así que la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2016), en su guía de referencia rápida para abordar el consumo de alcohol aborda consejos rápidos para reducir el consumo de alcohol en un paciente no dependiente que citaremos a continuación:

- Definir un límite de consumo por día, por semana y por ocasión
- Analizar qué cantidad se está bebiendo
- No consumo de alcohol en ayunas ni entre las comidas
- Cuando se beba, realizarlo lentamente, por sorbos, no dejar las botellas cerca.
- Usar bebidas con baja graduación alcohólica
- Practicar el hábito de rechazar bebidas alcohólicas y tener la capacidad para decidir por su cuenta propia no consumir
- Evitar el consumo de alcohol en situaciones de riesgo físico y biológico, ni tampoco como solucionador de problemas personales.

Para cumplir lo antes mencionado se requiere que la relación médico paciente sea lo más empática posible, evitando las confrontaciones, se debe destacar la responsabilidad del paciente para mantener los cambios, proporcionar la confianza necesaria para asumir nuevos cambios y sobre todo ofrecer alternativas para lograr los objetivos. (SEMFyC, 2016).

En los pacientes que cumplan los *criterios de dependencia al alcohol*, aquellos que tienen una puntuación en el cuestionario de CAGE mayor de 2 y un AUDIT mayor a 13, se debe evaluar si cumple los criterios DSM IV para confirmar la dependencia.

El tratamiento de la abstinencia alcohólica incluye la desintoxicación y la deshabitación.

En la desintoxicación es recomendable el reposo domiciliario por al menos una semana, en la que se hidrate al paciente adecuadamente con agua o zumos y, se pueda suplementar con vitaminas del complejo B, ácido fólico y hierro de ser preciso. La evidencia indica que se puede utilizar fármacos tranquilizantes para evitar el Síndrome de Abstinencia Alcohólica. (SEMFyC, 2016)

Para la deshabitación se requiere fármacos anticraving o interdictores, cuya función principal es evitar las recaídas por consumo compulsivo, su función es disuasiva y los medicamentos más utilizados son el acamprosato y el disulfiram. (SEMFyC, 2016)

Es importante realizar visitas de seguimiento que permitan reforzar y supervisar los pactos acordados, así como la realización de las pruebas de función hepática son sensibles de un 33% a un 52% y, específicas de un 81% a un 89%.

Las indicaciones para derivación hospitalaria incluyen: una escasa red de apoyo familiar que supervise dentro del domicilio que se cumplan los acuerdos de no consumo de alcohol, si existe patología psiquiátrica coexistente, si el paciente realiza Síndrome de Abstinencia al Alcohol a pesar de las medidas no farmacológicas y farmacológicas a dosis tope instauradas en el primer nivel. (SEMFyC, 2016)

## 2. Tabaco

### 2.1 Definición.

El tabaco es un producto agrario obtenido a partir de las hojas de *Nicotiana tabacum*. Se consume de varias formas, la principal es la combustión que produce el humo que se inhala al fumar, habiendo un incremento en los últimos años de su consumo en forma de cigarrillo electrónico. (Jiménez - Ruiz, 2007).

Desde el punto de vista botánico, la familia Solanaceae agrupa al género *Nicotiana* que incluye a 60 especies, muchas de las cuales son regularmente identificadas como tabaco. Sólo *N. rustica* L. que es el tabaco silvestre y *N. tabacum* L. que es el tabaco cultivado, son utilizadas para fines comerciales. (Moreno, 2012).

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte que puede ser prevenido, es el responsable de casi seis millones de muertes el mundo anualmente. Si se mantiene esta tendencia, el tabaco matará a más de ocho millones de personas mundialmente cada año para el 2030. Las principales causas de mortalidad relacionada con el consumo de tabaco son la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, cáncer de pulmón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Rigotti, 2018).

La OMS (2018) define al tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia que ocasiona adicción, actúa a nivel del sistema nervioso central. Es una de las drogas más adictivas y aunque el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, sólo el 3% por año lo logra sin ayuda.

Es considerado una adicción ya que cumple estas características:

- Conducta compulsiva, repetitiva
- No poder parar a pesar de saber el daño que causa

- Tolerancia: cada vez se necesita mayor cantidad de sustancia para conseguir el mismo efecto.
- Síndrome de abstinencia: síntomas que causan malestar cuando disminuye o cesa el consumo
- Alteración en la vida diaria y social del adicto. (OMS, 2018)

Además de fumar cigarrillos, muchos adolescentes usan formas alternativas de tabaco inhalado y cigarrillos electrónicos, pipas electrónicas, vaporizadores, así como tabaco sin humo, incluido el tabaco de mascar; la dosis de nicotina varía sustancialmente entre estos dispositivos. (Sockrider 2019).

Los cigarrillos electrónicos han crecido rápidamente en popularidad entre los adolescentes, por lo que este es ahora el producto de tabaco más comúnmente utilizado por los jóvenes (Cullen et al., 2018).

La evidencia sugiere que el uso de estos dispositivos generalmente antecede al tabaquismo convencional en los adolescentes, sirviendo, así como puerta de entrada a la dependencia de la nicotina. La asociación entre el uso de cigarrillos electrónicos y el uso posterior de tabaco es particularmente fuerte para los jóvenes con características de bajo riesgo para el inicio del tabaquismo. Además, el uso inicial de los cigarrillos electrónicos está asociado con un aumento de tres a cuatro veces en el riesgo de comienzo y uso continuo de marihuana en los dos años posteriores, después de haber ajustado los factores de riesgo compartidos para el uso de estas sustancias. (Cullen et al., 2018).

## 2.2 Patrones de consumo de tabaco

La OMS (2018) define como fumador a toda persona que consume al menos un cigarrillo a diario durante el último mes. Se considera no fumador a la persona que jamás ha fumado, y ex-fumador, al individuo que se mantiene al menos 12 meses sin fumar.

De acuerdo a número de tabacos consumidos en un día se clasifican en:

- Fumadores ligeros: Menos de 10 cigarrillos/día.
- Fumadores moderados: 10-25 cigarrillos/día.
- Fumadores intensos: Más de 25 cigarrillos/día

De acuerdo a Jackson & Barnes (2018), no existe un grado sin riesgo de consumo de cigarrillo; por ejemplo, las mujeres que fuman entre uno y cuatro cigarrillos al día presentan un riesgo 2,5 veces mayor de presentar un evento coronario que el de las no fumadoras y si usan anticonceptivos hormonales, tienen hasta veinte veces más riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. Durante el embarazo y lactancia existe mayor riesgo de presentar complicaciones como abortos espontáneos, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante. En general, el tabaco incrementa 25 veces el riesgo de padecer cáncer de pulmón entre los hombres y 12,5 veces entre las mujeres. (Jackson & Barnes, 2018).

Entre los fumadores intensos, el riesgo de padecer cáncer de pulmón es 40 veces mayor que en los no fumadores. Y si la cantidad de cigarrillos consumidos a lo largo de la vida supera los 200.000 (los consumidos en menos de 14 años por un fumador de dos cajetillas diarias), el riesgo se multiplica por 50. Se requiere entre 10 y 15 años al dejar de fumar para igualarse con el riesgo de los no fumadores de padecer cáncer de pulmón. (Jackson & Barnes, 2018)

El tabaquismo crónico incrementa 8 veces el riesgo de cáncer de boca, labio y faringe. El riesgo de padecer de cáncer de estómago, esófago y vejiga, también aumenta significativamente, aunque menos que los anteriores (Benjamin et al., 2018).

En lo referente a otras alteraciones pulmonares no cancerosas, el tabaquismo incrementa 14 veces el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Un 15-20% de los fumadores llegan a padecer una EPOC que requiere tratamiento. Aunque la función ventilatoria disminuye en los no fumadores a partir de los 25 años, lo hace a un ritmo lento; al contrario, el FEV1 disminuye mucho más marcadamente en el fumador (40-100 ml/año, frente a menos de 30 en los no fumadores). El abandono del tabaco no mejora la capacidad ventilatoria, pero disminuye la evolución de la enfermedad. (Jackson & Barnes, 2018)

### **3.3 Fisiopatología de la Nicotina.**

“La nicotina, un alcaloide natural, se une estereoselectivamente a los receptores nicotínicos-colinérgicos en los ganglios autónomos, en la médula suprarrenal, en las uniones neuromusculares y en el cerebro.” (DeVeugh-Geiss, 2010).

Dos tipos de efectos del Sistema Nervioso Central son la base de las propiedades de refuerzo positivo de la nicotina; el efecto estimulante ejecutado en la corteza a través del locus ceruleus y el efecto de recompensa que se ejecuta en el sistema límbico. A dosis bajas, los efectos estimulantes predominan, mientras que a dosis altas los efectos de recompensa son los que predominan. (DeVeugh-Geiss, 2010).

Un cigarrillo contiene de 10 a 15 mg de nicotina y administra un promedio de 1 mg de nicotina al fumador. También está presente en el tabaco sin humo y en los medicamentos para dejar de fumar. (Giardina, 2017).

Cuando una persona fuma la concentración máxima de nicotina en plasma es de 10 a 50 ng/ml, aproximadamente el 5 por ciento está unido a proteínas. La vida media es de dos horas. El 80 a 90% es metabolizada por los pulmones, el hígado y los riñones; el metabolito principal es la cotinina, que tiene una concentración plasmática 10 veces mayor que la nicotina. La cotinina tiene una vida media de 15 a 20 horas y se utiliza como biomarcador de la exposición a la nicotina. (Hukkanen, 2005).

Aproximadamente el 17 por ciento de la nicotina se excreta sin cambios en la orina. La tasa de excreción urinaria depende del pH, y disminuye en una orina alcalina. La nicotina se encuentra en la leche de mujeres que dan de lactar con concentraciones paralelas a las del plasma. (Giardina, 2017)

La nicotina actúa sobre los receptores colinérgicos nicotínicos, que se componen de cinco subunidades. Los receptores que contienen subunidades alfa 4 y beta 2 median la adicción a la nicotina. “Los receptores que contienen alfa 3 beta 4 median los efectos cardiovasculares de la nicotina. Genes específicos de la subunidad del receptor nicotínico (CHRN) colinérgicos, que codifican las subunidades del receptor nicotínico de acetilcolina, que se asocian con un mayor riesgo de dependencia de la nicotina y enfermedades relacionadas con el tabaco”. (Saccone et. al, 2009)

El principal efecto sobre el sistema cardiovascular de la nicotina es la excitación neural simpática, la cual es mediada por el sistema nervioso central. Puede ocurrir a través de la activación de los quimiorreceptores periféricos, un efecto directo en el tronco cerebral y efectos en las porciones caudales de la médula espinal. Los mecanismos periféricos incluyen la liberación de catecolaminas de la glándula suprarrenal y la liberación directa de catecolaminas en las terminaciones nerviosas vasculares. (Giardina, 2017).

De acuerdo a Jackson (2018) la nicotina aumenta la liberación de varios neurotransmisores como epinefrina, norepinefrina, dopamina, acetilcolina, serotonina, vasopresina, glutamato, óxido nítrico, péptido relacionado con el crecimiento de calcitonina y beta-endorfina, que pueden contribuir a los efectos de la nicotina en los vasos sanguíneos. Se observan acciones bifásicas dependiendo de la dosis administrada. El principal efecto de la nicotina en pequeñas dosis es la estimulación de los ganglios autónomos; con dosis mayores, la estimulación inicial es seguida por el bloqueo de la transmisión. Los efectos bifásicos también son evidentes en la médula suprarrenal; la descarga de catecolaminas ocurre con pequeñas dosis, mientras que la prevención de la liberación de catecolaminas se observa con dosis más altas como respuesta a la estimulación del nervio esplácnico. (Jackson, 2018).

Según Delnevo et al. (2016) el fumar produce un aumento transitorio de la presión arterial de aproximadamente 5 a 10 mmHg. Este efecto es más preponderante con el primer cigarrillo del día en fumadores habituales. Los efectos hemodinámicos del consumo de cigarrillos están influidos por la nicotina, que aumenta la frecuencia cardíaca de 10 a 20 latidos por minuto después de fumar un cigarrillo. Al haber incremento del trabajo miocárdico, las demandas de oxígeno del miocardio y en las arterias coronarias están aumentadas. La isquemia del miocardio puede originarse en pacientes con enfermedad coronaria, especialmente en presencia de enfermedad vascular coronaria subyacente cuando se superpone el efecto vasoconstrictor coronario del hábito de fumar. A pesar de estos efectos agudos, los fumadores habitualmente tienen una presión arterial más baja que los no fumadores. (Del Nevo et al., 2016)

Los efectos del tabaquismo agudo y la nicotina en la circulación cerebral son controvertidos. En un modelo animal, fumar un solo cigarrillo produjo un efecto bifásico sobre el tono de las arteriolas cerebrales, lo que produjo constricción y dilatación; fumar repetidamente ocasionó vasodilatación

atenuada. “La vasodilatación es probablemente un efecto de la nicotina, mediada, en parte, por la activación simpática, la producción de óxido nítrico y la activación del canal de potasio. La vasoconstricción se debe en parte a la liberación de tromboxano A2 inducida por el humo del cigarrillo”. (Giardina, 2017).

Los cigarrillos producen un estado de hipercoagulabilidad ya que aumenta la agregación plaquetaria, inducida por oxidantes en el humo y por los niveles aumentados de catecolaminas. El fibrinógeno más la masa elevada de glóbulos rojos, aumenta la viscosidad de la sangre. Al dejar de fumar, los niveles de fibrinógeno en plasma disminuyen; pero la normalización completa puede llevar varios años. (Jackson, 2018).

El hábito de fumar cigarrillos produce un estado inflamatorio crónico y evidencia de un aumento en el recuento de leucocitos, proteína C reactiva y reactantes de fase aguda, también activa los monocitos y mejora el reclutamiento y la adhesión de los leucocitos a las paredes de los vasos sanguíneos, un paso indispensable en la inflamación vascular. (Del Nevo et al., 2016).

El tabaco tiene un efecto adverso en el perfil de lípidos, se cree que las catecolaminas intervienen en la lipólisis de los adipocitos y el aumento de la reesterificación de los ácidos grasos libres en el hígado. Los fumadores tienen niveles séricos más altos de triglicéridos y niveles más bajos de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL). Los fumadores también pueden tener niveles más altos de LDL oxidada, que se cree que promueven la aterogénesis. (Giardina, 2017).

El tabaco produce daño endotelial y afecta la vasodilatación arterial mediada por el flujo dependiente del endotelio en las arterias coronarias y periféricas, efecto que es parcialmente reversible después de dejar de fumar. Los químicos oxidantes y la nicotina parecen ser responsables de la disfunción endotelial. Los fumadores, particularmente aquellos con aterosclerosis coronaria, tienen una respuesta paradójica a la acetilcolina en la que se observa

vasoconstricción en lugar de vasodilatación normal. Esta anomalía parece ser el resultado de una alteración en la liberación de óxido nítrico que tiene efectos cardiovasculares potencialmente beneficiosos, como la vasodilatación y la reducción de la agregación plaquetaria, la proliferación de células del músculo liso y la adhesión de monocitos al endotelio. (Jackson, 2018).

La nicotina, mediada por la liberación de catecolamina, contribuye al desarrollo de la resistencia a la insulina incrementando el riesgo de padecer diabetes tipo 2, por ende, aumentando el riesgo de enfermedad coronaria. Existe una correlación entre el grado de uso de nicotina y el grado de resistencia a la insulina. (Hurt et al, 2012).

### **3.4 Factores de riesgo para consumo de tabaco.**

Iniciar el consumo de tabaco en la adolescencia está estrechamente relacionado con ser fumador en la edad adulta: el 90 por ciento de los fumadores adultos probaron su primer cigarrillo antes de los 18 años, y prácticamente todos comenzaron a fumar antes de los 26 años. (Jamal, A., et al., 2017)

Las actitudes y creencias hacia el tabaquismo son un predictor del inicio del consumo de tabaco. La ausencia de una decisión firme de no fumar es el predictor más fuerte de la experimentación con tabaco según varios estudios (Sockrider et. al., 2019).

Las actitudes de los niños y adolescentes hacia el tabaquismo están influenciadas por algunos factores. La presencia de amigos o familiares fumadores está asociada con actitudes menos negativas hacia el tabaquismo y es un predictor importante de iniciar el tabaquismo durante la adolescencia. Entre los adolescentes que fuman ocasionalmente o diariamente, solo el 44 % por ciento confiaba en que podrían rechazar un cigarrillo en una fiesta, debido a la presión social ejercida por sus pares, según los datos obtenidos por Lori Pbert (2015).

La edad es otro factor que influye en las actitudes positivas o negativas hacia el tabaquismo a menudo se vuelven más acentuadas durante la adolescencia. Como ejemplo, en un estudio de niños

suizos de 11 a 14 años de edad, la aprobación de los padres influyó significativamente en la intención de fumar de los niños, pero este efecto disminuyó en los adolescentes mayores.

Según Sockrider & Rosen (2019) los adolescentes tienden a sobreestimar la frecuencia de fumar entre sus compañeros y entre los adultos y tienden a subestimar sus propios hábitos de fumar.

Comercialización: aunque la publicidad directa del tabaco para los jóvenes está prohibida en los Estados Unidos y otros países, los esfuerzos indirectos de comercialización y las imágenes positivas del consumo de cigarrillos en los medios tienen importantes efectos sobre el comportamiento de fumar en los adolescentes. Muchos anuncios utilizan imágenes u otras técnicas para sugerir que fumar está asociado con buena salud, delgadez y aceptación social. (Sokcrider & Rosen, 2019)

### **3.5 Tratamiento.**

Más del 60% de los fumadores quiere dejar de fumar y ha realizado algún intento de abandono en el último año (Jiménez, 2000).

La participación del médico aumenta la probabilidad de que el paciente deje de fumar con éxito. El objetivo es identificar periódicamente a los fumadores y ofrecerles ayuda basada en la evidencia para dejar de fumar. (Jiménez, 2000)

#### ***3.5.1 Tratamiento no farmacológico.***

El consejo médico breve consigue un 2,5% más de abandonos que no hacer ninguna recomendación y aumentando el tiempo total de tratamiento y el número de sesiones, aumentan las probabilidades de abstinencia al cabo de un año. (Domínguez, Castañal 2011)

Aunque la efectividad de estas intervenciones es pequeña, si un gran número de profesionales ofrecen asesoramiento, el efecto neto sobre la reducción de las tasas de consumo de tabaco aún puede ser importante.

Toda persona que fuma y acude a consulta de un profesional sanitario por cualquier motivo debe recibir consejo para abandonar el tabaco. (Risotti, 2018).

En el año 2000 el U.S. Department of Health and Human Services propuso una intervención sistematizada para ayudar al fumador que acude por cualquier motivo a la consulta. La mayoría de organizaciones recomiendan desde entonces estructurar las intervenciones en cinco pasos, las 5 “A”.

- Averiguar sobre consumo de tabaco
- Aconsejar dejar de fumar
- Apreciar la disposición de dejar de fumar
- Ayudar al paciente a hacer frente al abandono del tabaco
- Acordar un seguimiento programado

Una vez que se identifica a un fumador, la función principal del médico es aconsejar al fumador que deje de fumar, considerar recetar farmacoterapia para dejar de fumar y derivar al fumador a otros servicios de asesoramiento. (DHHS, 2000)

Paso 1: Averiguar: Identificar y recoger en la historia clínica y en cada visita la situación del paciente en relación al tabaco (fumador, exfumador, nunca fumador).

En caso de fumador o exfumador anotar el número de paquetes/año, resultado de dividir el producto del número de años fumando con el número de cigarrillos/día entre 20 (Park, 2015).

Es importante preguntarle a un paciente si alguna vez fuma cigarrillos, de lo contrario, los fumadores intermitentes pueden no identificarse como fumadores. También es importante preguntar sobre otros productos de tabaco y cigarrillos electrónicos ya que generalmente los pacientes perciben incorrectamente que el uso de productos de tabaco que no sean cigarrillos representa menos riesgo para la salud del usuario. (Rigotti, 2018)

Es importante determinar el grado de dependencia de la nicotina a partir de la edad de inicio del hábito de fumar, la cantidad de cigarrillos utilizados diariamente y qué tan pronto después de despertarse, consume su primer cigarrillo por la mañana. Los fumadores más dependientes comenzaron a fumar en la niñez o adolescencia, fuman más cigarrillos diariamente y fuman dentro de los primeros 30 minutos de despertarse. (Parker 2015)

Paso 2: Aconsejar dejar de fumar. El principal impacto del consejo clínico es estimular a los fumadores a intentar dejar de fumar. Existe evidencia clara de que un consejo clínico breve para dejar de fumar en cada encuentro aumenta las tasas de abstinencia de tabaco.

Debemos informar de los riesgos de seguir fumando y las ventajas que suponen el abandono de este hábito. Es importante personalizar el consejo de acuerdo a la edad, sexo, motivo de consulta, motivación por la que sigue fumando o quiere dejarlo. (Domínguez, Castañeda, 2011).

Paso 3: Apreciar. Valorar la disposición para el cambio. En función de la disposición del paciente para dejar de fumar podemos enfrentarnos a algunas posibilidades:

- Si el paciente no desea intentar dejar el tabaco en ese momento, se realiza una intervención breve para promover la motivación para dejarlo, se resalta las ventajas de dejarlo y se ofrece ayuda para cuando considere que la necesita.
- Si el paciente presenta disposición de hacer un intento serio en ese momento se debe guiar el proceso.
- Si ya ha dejado de fumar, felicitarle y reforzarle. (Rigotti 2018).

De acuerdo a Domínguez y Castañeda (2011) cuando se trata de dejar de fumar el concepto del cambio es gradual. Un modelo, llamado "Etapas de cambio" describe un proceso mediante el cual se produce un cambio en el comportamiento. Reconoce cinco etapas a través de las cuales los fumadores progresan a medida que pasan de fumar a la abstinencia:

- Pre-contemplación (no está listo para dejar de fumar)
- Contemplación (considera intentar dejar el tabaco)
- Preparación (planificación de un intento de dejar de fumar)
- Acción (participa en el intento de dejar de fumar)
- Mantenimiento (logró dejar de fumar)

Paso 4: Ayudar al paciente a hacer frente al abandono del tabaquismo. Si no está todavía dispuesto a fijar una fecha, se debe planificar volver a abordar el tema en una fecha posterior, recomendar que reconsidere su postura y ofrecer ayuda. (Rigotti 2018).

Si el paciente escoge una fecha concreta para el abandono en los siguientes 2 a 4 semanas: se prepara para el día elegido. Debe evitar ofrecer y aceptar tabaco, ir eliminando situaciones concretas en las que habitualmente fumaba, para ir desautomatizando el consumo de tabaco. A partir de la fecha elegida no deberá fumar absolutamente nada. (Domínguez & Castañeda, 2011)

Es importante aconsejar que compartan este intento con su entorno social, laboral y familiar, solicitando su apoyo y comprensión.

Recomendar tratamiento farmacológico explicando que duplica las posibilidades de abstinencia al cabo de un año y reduce los síntomas de abstinencia.

Informar sobre el síndrome de abstinencia, sus síntomas y explicando que el seguimiento de nuestras recomendaciones y el apoyo farmacológico facilitará su superación. (Rigotti, 2018).

La abstinencia de nicotina se debe discutir de manera que los fumadores sepan qué esperar y cómo responder si se llegan a presentar estos síntomas. La adicción a la nicotina es el principal obstáculo para dejar de fumar. (Rigotti, 2018)

Los síntomas de abstinencia de nicotina alcanzan su punto máximo en los primeros tres días de dejar de fumar y disminuyen en las próximas tres a cuatro semanas. Los síntomas incluyen

aumento del apetito y aumento de peso, cambios en el estado de ánimo (disforia o depresión), insomnio, irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse e inquietud.

Estos síntomas pueden aliviarse con cualquiera de los medicamentos para dejar de fumar de primera línea (reemplazo de nicotina, vareniclina o bupropión). La mayoría de los estudios demuestran que las tasas de abandono aumentan con el apoyo conductual. (Domínguez, Castañal 2011)

Paso 5: Acordar un seguimiento programado. La primera revisión debe acordarse entre el primer y tercer día después del día escogido para abandonar el tabaco. La segunda visita entre el séptimo y el quinceavo día tras el abandono. Posteriormente al mes y después lo que se considere oportuno de acuerdo a cada caso. El seguimiento es indispensable para disminuir el riesgo de recaída.

En cada visita, debemos preguntar y felicitar al paciente si continúa sin fumar. En caso contrario, intentaremos reconducir la situación. (Parker 2015)

Según Parker (2015) la prevención de recaídas debe ser parte de cada encuentro con un paciente que ha dejado de fumar recientemente, especialmente en los primeros tres meses. Si llega a haber recaída en el tabaquismo se debe alentar al paciente a que realice otro intento de dejar de fumar, con un mejor asesoramiento conductual, farmacoterapia o ambos. Habitualmente los pacientes que recaen han tenido un escaso apoyo conductual, presentan síntomas fuertes de abstinencia o perciben aumento de peso o síntomas del estado de ánimo. Se debe recordar a los pacientes que la mayoría de los fumadores requieren múltiples intentos de dejar de fumar antes de dejar de fumar permanentemente. (Parker 2015)

### ***3.5.2 Tratamiento farmacológico.***

Los medicamentos de primera línea para dejar de fumar son la terapia combinada de reemplazo de nicotina (TRN) que consiste en un TRN de acción prolongada y un TRN de acción corta,

vareniclina y bupropión. Cada medicamento tiene eficacia evidenciada para dejar de fumar. El medicamento se adopta de acuerdo a la preferencia del paciente. Para la mayoría de los pacientes, generalmente se usa vareniclina o una combinación de dos productos TRN (un parche más una forma de acción corta como chicle o pastilla). (Parker 2015)

Idealmente, se mantiene la farmacoterapia hasta que el paciente se sienta seguro de que no recaerá. Los medicamentos para dejar de fumar generalmente se recomiendan durante dos o tres meses, pero la evidencia de los ensayos aleatorios indica que la farmacoterapia continua (hasta por 18 meses) puede ayudar a prevenir la recaída. (Rigotti 2018)

### **3.6 Prevención.**

#### ***3.6.1 Primer nivel de salud.***

De acuerdo a las directrices de la AAP (Academia Americana de Pediatría 2009) para evitar el inicio del hábito de fumar, los médicos deben brindar orientación anticipada los padres y a los niños desde los cinco años durante la atención médica de rutina; prestando mayor atención a los pacientes con factores de riesgo para consumo de tabaco, como tener familiares y/o compañeros que fuman. Todos los pacientes también deben ser monitoreados sobre el inicio del consumo de cigarrillo, y en aquellos que se detecta consumo de tabaco, tomar medidas para ayudar al paciente a dejar de fumar. (Sockrider, 2019)

Los médicos deben preguntar sobre los hábitos de fumar en cada visita de control de salud.

Cuando el niño es pequeño, se debe determinar si hay fumadores en el hogar.

Para los niños en edad escolar, indagar acerca de las actitudes de la familia y el niño hacia el tabaco y si el niño o sus compañeros han fumado.

A los adolescentes, se debe preguntar sobre todas las formas de uso de nicotina por parte del paciente y sus pares en cada visita de control de salud. (Thombs et al 2017).

Los pacientes y padres que no fuman y aquellos que han tomado la decisión de no fumar deben ser felicitados y recordados de los riesgos para la salud del consumo de tabaco. (Sockrider 2019)

Para los lactantes y preescolares, los consejos están dirigidos a los padres y se centran en los efectos del humo directo y de segunda mano. Si alguno de los padres fuma, se debe recomendar que deje de fumar. Limitar el tabaquismo al exterior del hogar es mucho menos efectivo para reducir la exposición al humo de segunda mano que dejar de fumar por completo. Se debe enfatizar la importancia de los padres como modelos a seguir para sus hijos. (Thombs et al 2017).

Para los niños en edad escolar, los efectos del tabaquismo en la salud deben explicarse a un nivel apropiado para la edad. Se debe resaltar los efectos negativos del tabaquismo, como el mal olor, las manchas en los dientes y la disminución del rendimiento deportivo. Se debe abordar el rápido progreso de la adicción; enfatizando que no es seguro experimentar con el tabaco. (Sockrider, 2019)

En el caso de los adolescentes, el médico debe describir los riesgos de fumar para la salud y aclarar que no existe un nivel seguro de consumo de tabaco. Se debe enfatizar los efectos inmediatos del tabaquismo, incluida la tos crónica, exacerbaciones del asma, mayor riesgo de infecciones pulmonares, aterosclerosis y el desarrollo rápido de dependencia de la nicotina. (Thombs et al 2017)

De acuerdo a la Academia Americana de Pediatría (2009) se debe evaluar los factores de riesgo para el inicio del hábito de fumar: el asesoramiento para la prevención del tabaquismo puede dirigirse a pacientes en riesgo mediante la evaluación de los factores de riesgo para el inicio del hábito de fumar, incluidos los siguientes

- Nivel previo de experimentación
- Padres o compañeros que fuman.

- Actitudes y creencias sobre las implicaciones y las consecuencias para la salud del tabaquismo.
- Depresión
- Bajo rendimiento escolar
- Experiencias adversas
- Trastorno por uso de sustancias. (APA, 2019)

Algunos de los factores de riesgo son potencialmente modificables, como el tabaquismo de los padres y la falta de prohibición de fumar en el hogar. Otros factores de riesgo llaman la atención sobre los riesgos de salud asociados, como la depresión o el abuso de sustancias. Si los adolescentes comunican que tienen dificultades para resistir la presión social, puede ser útil la orientación específica para fomentar la resistencia al tabaquismo (Sockrider 2019).

Orientación a los padres:

- Prohibiciones de fumar: los médicos deben animar a los padres a mantener un hogar libre de humo. Las prohibiciones de fumar en el hogar pueden ser útiles incluso con padres fumadores; un hogar libre de humo advierte al niño las expectativas de no fumar y apoya el consumo reducido de cigarrillos. Se debe cumplir estrictamente la prohibición de fumar para que sea efectivo. La AAP (2009) informa que los cigarrillos electrónicos también deben prohibirse en los hogares y automóviles.
- Habilidades para la crianza de los hijos: se debe alentar a los padres a transmitir mensajes claros y consistentes a sus hijos de que esperan que no fumen. La desaprobación de los padres del tabaquismo se asocia a tasas más bajas de iniciación del tabaquismo y una mejor resistencia del niño a las influencias del tabaquismo entre pares; además ayuda a prevenir el inicio del tabaquismo en los niños, incluso si los padres fuman. (Sockrider, 2019)

Fomento de la resistencia al tabaquismo:

Se utilizan varias técnicas para fomentar la resistencia al tabaquismo en niños y adolescentes.

- Animar al niño a valorar la buena salud. Hable acerca de cómo el no fumar ayuda a mejorar el rendimiento deportivo, la apariencia y la autoestima.
- Corregir las percepciones erróneas sobre la frecuencia del hábito de fumar entre los compañeros ya que la mayoría de los niños sobreestiman esta frecuencia.
- Enseñar la conciencia de los medios y las influencias de los compañeros.
- Fomentar la resistencia a las influencias sociales de los compañeros ensayando habilidades de rechazo. (Thombs et al 2017)

Organizar el seguimiento: el seguimiento para la prevención del tabaquismo varía según la edad del niño y los factores de riesgo. Para un niño que expresa una actitud contra el tabaquismo y sin factores de riesgo significativos, los mensajes contra el tabaquismo pueden reforzarse anualmente en los controles de salud. (Sockrider 2019).

### ***3.6.2 Intervenciones de prevención en el ámbito educativo.***

La mayoría de las estrategias de prevención del tabaquismo que se han implementado en el entorno escolar y han mostrado cierta eficacia, especialmente aquellos que se centran en desarrollar las competencias sociales y resistir las influencias sociales. Si bien los estudios varían en las conclusiones, aparentemente los programas escolares más efectivos son integrales, interactivos, comienzan en edades tempranas y abordan también las influencias sociales y comunitarias. (Thombs et al 2017).

### ***3.6.3 Intervenciones de prevención en la familia.***

Algunas intervenciones de asesoramiento se centran en ayudar a los miembros de la familia a fortalecer las actitudes de no fumar y promover el no fumar entre los niños y adolescentes seleccionados. Las técnicas incluyen que los padres y hermanos dejen de fumar, mejorar la

comunicación familiar y prohibir fumar en el hogar. Las intervenciones efectivas tienden a enfatizar el estilo de crianza autoritario. (Sockrider 2019).

### **3.7 Rol del médico de familia.**

Debido a que la mayoría de los consumidores crónicos de tabaco comenzaron a fumar durante la adolescencia, prevenir el inicio del hábito de fumar durante la infancia y la adolescencia es una estrategia lógica para reducir el tabaquismo crónico y sus consecuencias para la salud. Los proveedores de atención primaria tienen un papel especial como autoridad de salud para las familias, y existe evidencia de que los adolescentes ven a los médicos como la fuente preferida de información sobre fumar y dejar de fumar. A pesar de esta preferencia, solo el 32.2% de los adolescentes notifican que el proveedor de atención médica les preguntó sobre el consumo de tabaco (Schauer 2011).

Las intervenciones para prevenir el inicio del tabaquismo a través del asesoramiento en la atención en primer nivel no han sido bien estandarizadas. Sin embargo, las intervenciones que se han estudiado sugieren una eficacia y viabilidad moderada. En un informe, los autores informaron que pudieron realizar una breve intervención de prevención o para dejar de fumar durante el transcurso de las visitas de rutina, siguiendo un protocolo de intervención simple, y el tiempo de intervención promedio fue de menos de cinco minutos (Sokcrider, 2019).

## **3. Drogas ilícitas**

### **3.1 Definición.**

La Organización Mundial de la Salud (1969), definió como droga a “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”, dicho sea de paso, esta definición no discrimina el uso de fármacos del de las sustancias psicoactivas.(OMS, 1969)

Es así que, en 1994 la OMS dentro de su libro de glosarios y términos define a la droga ilegal como aquella “sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos”; lo que no responde a las vías locales o gubernamentales consideradas como legal tanto para su producción, venta y consumo. (OMS, 1994)

Caudevilla (2017), en el grupo de intervención de drogas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria define como droga: “sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas”. (Caudevilla, 2017)

### **3. 2 Patrones de consumo**

#### ***3. 2. 1 Consumo habitual.***

También denominado consumo social, se refiere al consumo de drogas ilícitas en compañía de otras personas y sólo por motivos y formas socialmente aceptables (también conocido como “consumo socialmente integrado”). (Hernández, 1994)

El uso de sustancias psicoactivas por el placer se remonta a épocas antiguas de la civilización, pero el placer como tal forma parte sólo de los momentos iniciales de consumo de la droga. (Boneo, 2016)

#### ***3. 2. 2 Abuso (drogas, alcohol, sustancias, sustancias químicas o sustancias psicoactivas).***

En el DSM-IV, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactivas caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso” (Hernández, 1994)

### 3. 3. 3 Consumo problemático.

En cuanto a su definición citaremos:

“Consumo por vía parenteral o consumo habitual o de larga duración de opiáceos, cocaína o anfetaminas” (Informe de la drogodependencia en Europa, 2005)

“Hace referencia a un conjunto de trastornos psíquicos caracterizados por una necesidad compulsiva de consumo de sustancias psicotropas con alto potencial de abuso y dependencia (drogas), que progresivamente invade todas las esferas de la vida del individuo (familia, sociedad, relaciones sociales, trabajo) y por un desinterés hacia conductas, experiencias y placeres alternativos que antes habían formado parte de la vida del individuo afectado” (Boneo, 2016)

### 3. 4 Clasificación.

Las drogas ilícitas están sujetas a múltiples clasificaciones, por ejemplo, respecto a **su origen**, las *drogas naturales* son aquellas que se encuentran de forma directa en la naturaleza como la marihuana, los hongos y algunos vegetales; y, por otra parte, las *drogas sintéticas*, las cuales necesitan procesos físicos o químicos para su preparación. (Cauvedilla, 2017).

En cuanto a la clasificación de las drogas **por sus efectos**; se le divide en tres grupos, *los estimulantes* siendo aquellas sustancias que estimulan el Sistema Nervioso Central en este grupo encontramos a la cocaína, las anfetaminas, la cafeína, entre otros. *Los depresores* se consideran aquellas drogas que reducen la actividad del SNC como por ejemplo el alcohol, los barbitúricos y las benzodiazepinas; y por último, tenemos las drogas que producen alteraciones *perceptivas*, en este grupo encontramos a las sustancias alucinógenas como el LSD, la psilocibina y la ketamina (Cauvedilla, 2017).

La clasificación de Goldstein (2001), muestra las principales familias de drogas clasificadas según sus efectos.

### **3. 5 Epidemiología.**

Se estima que 250 millones de personas (5%) de la población adulta en el mundo, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015; de esos, 29,5 millones (0,6%) padecen trastornos provocados por el uso de drogas. (Informe Mundial sobre las drogas, 2017)

La edad de inicio en el consumo de marihuana en estudiantes universitarios tanto en los hombres como en las mujeres es a los 18 años. (Rojas et al., 2013; Manrique et al., 2017 y Boyle et al., 2017)

El 28.8 % abusan o presentan indicadores compatibles con la dependencia cannábica, la tasa más alta de abuso o dependencia la obtienen los varones con el 30.3%, mientras que las mujeres alcanzan el 25.5%. (Rojas et al., 2013; Manrique et al., 2017 y Boyle et al., 2017)

En cuanto a los intentos de abandonar el consumo, se observó que el 50% nunca lo había intentado, el 32% lo ha intentado varias veces y el 18% una vez. El tiempo máximo de abstinencia logrado con mayor frecuencia fue de 1 a 3 semanas (56%), seguido de 1 a 2 meses (25%) y 3 a 6 meses (19%); el 10% de los estudiantes informó haber participado en la venta de droga mientras que el modo de obtención suele ser de compra directa. (Rojas et al., 2013 y Manrique et al., 2017)

Curiosamente, el 39% de los adolescentes piensan que el consumo de la marihuana no es riesgoso, se encuentran reportes en los que, 1 de cada 4 estudiantes no percibe ningún riesgo en cuanto al consumo. (Boyle et al., 2017)

En cuanto a la droga denominada LSD, se encuentran datos en los que se evidencia, es la tercera sustancia ilícita consumida en Ecuador, la edad de inicio de consumo es a los 19 años, aumentando la prevalencia de su consumo desde el 2012 al 2017 en 2,4% siendo esta última una cifra alarmante en comparación con los anteriores años. (Boyle et al., 2017)

Aunque hasta el momento no se han registrado adicciones a la misma, las afecciones psiquiátricas como ansiedad, paranoia y delirio se consideran reacciones adversas de la misma, aún se desconoce la dosis letal tóxica, sin embargo, se han registrado muertes por paro respiratorio durante el consumo de esta sustancia. (Boyle et al., 2017)

El estimulante de tipo anfetamínico (éxtasis), también conocido como MDMA, es una modificación de la metanfetamina, droga empatógena cuyo consumo puede provocar euforia, disminución de la ansiedad, pérdida de la timidez, hiperactividad, alegría absoluta, pérdida parcial del dolor físico; con efectos a largo plazo como son la neurotoxicidad y deterioro cognitivo. La prevalencia de su consumo en el Ecuador, oscila entre el 1,6% de los estudiantes universitarios; sin variaciones estadísticamente significativas de su consumo con el pasar de los años. (Boyle et al., 2017)

La pasta base de cocaína, droga de bajo costo, elaborada con residuos de cocaína procesada con ácido sulfúrico y queroseno, es estimulante del SNC produciendo euforia y placer, ingresa al organismo por medio de la inhalación generando una rápida dependencia, generando con su uso prolongado deterioro neurológico, cognitivo, problemas cardiacos y pulmonares, pérdida de peso y deterioro de la apariencia personal. En el Ecuador el 2,4% de los estudiantes universitarios han consumido alguna vez esta droga, con predominio en los varones del 4,6% y 0,4% en las mujeres; su tasa de consumo no ha variado con los años. (Boyle et al., 2017)

Las drogas inhalables, son aquellas sustancias cuyos vapores se huelen, o, se aspiran, ocasionando sensación de embriaguez, excitación y tranquilidad. El 1.9% de los estudiantes universitarios lo han consumido alguna vez en la vida, con más predominio en el sexo masculino. (Boyle et al., 2017)

### 3. 6 Factores de riesgo

Los adolescentes y jóvenes actúan por curiosidad, imitación, rebeldía o independencia, en la que se debe tomar en cuenta que se atraviesa un particular periodo de desarrollo en el que se consolidan las bases de la salud mental y física; se alcanza la estabilidad del adulto y se estructura su personalidad. (Pérez A, et al, 2001; Pérez A, et al, 2009; Rivolta, 2012)

Dentro de los factores de riesgo que afectan al adolescente para el consumo de sustancias tóxicas, se encuentran, los trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión, trastornos psiquiátricos, trastornos de comportamiento como la agresividad y trastornos de déficit de atención; bajo rendimiento, fracaso y deserción escolar; el embarazo temprano en las adolescentes, la disfunción familiar, y antecedentes de adicciones en el entorno, principalmente en los progenitores.(Pérez A, et al, 2001; Pérez A, et al, 2009; Rivolta, 2012)

Las características personales de los padres y de los hijos (saludables o con patologías) influyen sobre los patrones de crianza que se despliegan en el entorno familiar, ciertas características como las relaciones familiares frías, distantes, o conflictivas; del mismo modo, una disciplina familiar endeble, prácticas autoritarias de crianza, relaciones tensas, punitivas o estrictas, así como también castigo corporal constituyen importantes factores de riesgo para el consumo de sustancias. (Pérez A, et al, 2001; Pérez A, et al, 2009; Rivolta, 2012; Levitt, 2015)

Sobre la conducta de consumo de sustancias, el testimonio del adolescente surge en la necesidad de ser aceptados por sus pares; imitar a sus compañeros, curiosidad y el fácil acceso a dichas sustancias. Hay estudios que confirman que muchos adolescentes y jóvenes tienen el ejemplo en casa, en sus padres, cuando beben alcohol o fuman tabaco o marihuana. Muchos de ellos solo buscan probar en una sola ocasión para experimentar qué se siente, aunque muchos se habitúan al consumo. (Pérez A, et al, 2001; Pérez A, et al, 2009; Rivolta, 2012; Levitt, 2015)

La disponibilidad de tiempo de los padres hacia sus hijos, la presencia de rituales familiares y las actividades compartidas son factores protectores para la adquisición de conductas de riesgo en este grupo de edad. Otros autores han observado que un adecuado vínculo familiar disminuye significativamente la posibilidad de las conductas de riesgo en el adolescente. (Pérez A, et al, 2001; Pérez A, et al, 2009; Rivolta, 2012; Levitt, 2015)

### **3.7 Consecuencias del uso de drogas.**

Si analizamos los tipos de consumo y los grados de dependencia de la persona que consume, varios aspectos dependen del consumidor y generalmente, se relacionan con la adaptación neuronal, es decir, el cambio permanente pero reversible de la estructura y el funcionamiento de las neuronas sobre las cuales incide el efecto de la droga. Existen otros mecanismos de adaptación: emocional, conductual, cognitivo, relacional, etc. Esto quiere decir que los cambios que se producen en una persona por el uso de sustancias psicoactivas no se limitan simplemente a la acción de la sustancia sobre la célula nerviosa, sino que conjetura una transformación de la relación entre el individuo, la sustancia y el entorno. El uso simple es un consumo que no presenta complicaciones para la salud ni trastornos de comportamiento para otros. (Beltrán, 2017)

El uso nocivo se trata de un consumo susceptible de provocar daños físicos, psíquicos, afectivos, psicológicos y sociales para el consumidor y su ambiente. No está ligado únicamente a la cantidad consumida, ni a la repetición de un consumo moderado y controlado de ciertas sustancias. Los riesgos se relacionan con el peligro específico del producto, a los daños para la salud y a las consecuencias sociales del consumo. Los riesgos sanitarios incluyen una exteriorización del estado físico, complicación de ciertas enfermedades, muerte prematura, entre otros. (Beltrán, 2017)

Los riesgos sociales se evidencian por el incumplimiento de las obligaciones laborales, académicas, personales y familiares (ausencias repetidas o bajo rendimiento, suspensiones o

expulsiones de la escuela, descuido de las obligaciones sociales). (Instituto Nacional sobre el consumo de drogas, 2017)

**TABLA 1. EFECTOS Y RIESGOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS**

| DROGA                      | EFECTO  | RIESGOS  |
|----------------------------|---|--|
| <b>Anfetaminas</b>         | Estimulante<br><i>Excitación</i><br><i>Euforia</i><br><i>Disminución de la sensación de fatiga</i>  | Origina trastornos físicos (complicaciones cardiovasculares, hepáticas, hipertermia, etc.) y psiquiátricos (trastornos del estado de ánimo, paranoia, alucinaciones).  |
| <b>Hongos alucinógenos</b> | <i>En dosis bajas, risa y alteración suave de la percepción.</i><br><i>En dosis altas, modificación del estado de conciencia y "viaje psicodélico".</i> | Pueden provocar paranoia y ansiedad.<br>Pérdida del control de las emociones, ansiedad, pánico.<br>Experimentar reviviscencia ( <i>flash-backs</i> : sufrir de nuevo algunos efectos después de un tiempo del último consumo).<br>Pueden hacer aparecer problemas de salud mental.<br>Riesgos en la conducción de vehículos y en las relaciones sexuales.  |
| <b>Cocaína</b>             | Estimulante<br><i>Euforia</i><br><i>Disminución de la fatiga</i><br><i>Seguridad en uno mismo</i>   | Puede provocar ansiedad y paranoias.<br>Trastornos cardiovasculares, como infarto de miocardio y accidente cerebro vascular.<br>Produce a largo plazo atrofia de la sustancia gris cerebral de los hemisferios frontales.<br>Mayor riesgo de reacciones distónicas.<br>Síntomas respiratorios como sibilancias, hemoptisis, tos productiva, xerostomía.<br>Puede producir úlceras gastrointestinales, retraso del vaciado gástrico, perforación y colitis isquémica.<br>Ocasiona alteraciones menstruales, desprendimiento de placenta, placenta previa, parto prematuro, bajo peso al nacimiento. |

|                 |  |  |
|-----------------|--|--|
|                 |  | <p>Comporta riesgos en la conducción de vehículos y en las relaciones sexuales.</p> <p>Riesgos de sufrir accidentes laborales.</p>   |
| <b>Cannabis</b> | <p>Depresor</p> <p>Alucinógeno (algunos tipos de marihuana)</p> <p><i>Estimulación de la creatividad</i></p> <p><i>Intensificación de las sensaciones</i></p> <p><i>Relajación</i></p> | <p>Afecta a la atención, la coordinación, concentración, memoria episódica y aprendizaje asociativo.</p> <p>Disminución del volumen y menor densidad de materia gris del hipocampo.</p> <p>Aumenta el riesgo de sufrir un accidente de tránsito o laboral.</p> <p>Las experiencias intensas se pueden vivir negativamente (paranoias, ataques de ansiedad).</p> <p>Riesgo de desarrollo de esquizofrenia cuando hay consumo crónico en la adolescencia.</p> <p>Mayor riesgo de depresión, síntomas depresivos, bipolaridad y trastornos de ansiedad.</p> <p>Síntomas respiratorios agudos: sibilancias, tos con esputo, broncodilatación, entre otros.</p> <p>Hipotensión ortostática, IAM, ECV, FA.</p> <p>Síndrome hiperémesis cannabinoide.</p> <p>Disminución de la fertilidad masculina.</p> <p>Disminuye niveles de prolactina y producción de leche materna.</p> <p>Empeora la progresión de la hepatitis C.</p> <p>Enfermedad periodontal.</p> |
| <b>Heroína</b>  | <p>Depresor</p> <p><i>Euforia</i></p> <p><i>Placer</i></p> <p><i>Relajación</i></p> <p><i>Bienestar</i></p>  | <p>Aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas (hepatitis víricas, tuberculosis, VIH/sida) cuando se comparten o se reutilizan utensilios de consumo.</p> <p>La sobredosis puede provocar paro respiratorio, coma, muerte.</p> <p>La interrupción del consumo comporta la aparición de un fuerte síndrome de abstinencia.</p> <p>Comporta riesgos en la conducción de vehículos y en las relaciones sexuales.</p>   |

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| <b>Inhalantes</b>    | Estimulantes (dosis bajas)<br><i>Euforia</i> y <i>desinhibición</i> .<br>Depresores<br><i>Moderan</i> el <i>funcionamiento del sistema nervioso central</i> .   | Aumentan el riesgo de sufrir trastornos físicos importantes (hepáticos, pulmonares, neurológicos, circulatorios, etc.) y mentales (alucinaciones, conductas agresivas, delirios, etc.).<br>Generan una rápida adicción.   |
| <b>Ketamina</b>      | Alucinógeno disociativo<br><i>En dosis bajas, sensación de borrachera</i> y <i>desequilibrio</i> .<br><i>En dosis altas, desrealización</i> (fuerte alucinación por efectos disociativos, separación cuerpo-mente). | Pueden aparecer movimientos involuntarios de los ojos, temblores, agitación y rigidez.<br>Problemas de salud mental (ansiedad, depresión, paranoia).<br>Insensibilidad al dolor y entumecimiento.<br>Riesgos en la conducción de vehículos y en las relaciones sexuales.  |
| <b>LSD</b>           | Alucinógeno<br><i>En dosis bajas, risa y alteración suave de la percepción</i> .<br><i>En dosis altas, modificación del estado de conciencia</i> y "viaje psicodélico".   | Puede provocar paranoia y ansiedad.<br>Pérdida del control de las emociones, ansiedad, pánico.<br>Riesgo de experimentar reviviscencia.<br>Puede generar problemas de salud mental.<br>Riesgos en la conducción de vehículos y en las relaciones sexuales.  |
| <b>Psicofármacos</b> | Dependiendo de la dosis y el tipo, pueden actuar como ansiolíticos o hipnóticos.  | En dosis elevadas, pueden provocar somnolencia, déficit de memoria o falta de coordinación motora.<br>En dosis muy elevadas, combinadas con otros depresores (el alcohol, por ejemplo), pueden provocar una grave disminución de la capacidad de reacción, depresión respiratoria, coma o muerte.<br>El uso sin control médico durante un tiempo prolongado puede inducir la aparición de tolerancia y dependencia. |

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| <b>Tabaco</b>  | Estimulante  | <p>Hiperactividad del Sistema nervioso simpático, aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca y contractibilidad miocárdica.</p> <p>Su consumo crónico puede producir aumento de la rigidez arterial, hipertensión renovascular, retinopatía hipertensiva grave</p> <p>Aumenta el riesgo de sufrir cáncer de boca, nasofaringe, próstata, cuello uterino, vejiga, pulmón, leucemia y enfermedades cardiovasculares y respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras.</p> <p>Disminuye la resistencia en el ejercicio físico, altera los sentidos del gusto y el olfato; envejecimiento prematuro de la piel, y mancha los dientes y la piel de las manos y la cara.</p> <p>Durante el embarazo disminuye la provisión de oxígeno al feto, restricción del crecimiento, taquicardia fetal.</p> |
| <b>Éxtasis</b> | Estimulante<br><i>Ganas de bailar.<br/>Conexión con uno mismo, la música y la gente que hay alrededor.</i> | <p>Aumenta el riesgo de sufrir un golpe de calor (aumento de la temperatura corporal) cuando va acompañado de una actividad física prolongada, por ejemplo, bailar.</p> <p>Comporta riesgos en la conducción de vehículos y en las relaciones sexuales.</p>   |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019

Fuente: Gorelick, D. (2019), Appel, L. (2019), Graham, A. (2019)

### **3.8 Diagnóstico y tamizaje.**

El DSM - V; menciona los criterios diagnósticos para los Trastornos por consumo de sustancias (Portero, 2015).

#### **3.8.1 Control deficitario.**

Incluye un período de consumo mayor de lo previsto, consumo de grandes cantidades de sustancias, deseos insistentes de dejar o regular el consumo con esfuerzos fallidos, inversión de la mayor parte de su tiempo intentando conseguir y consumir la droga y el deseo intenso de consumir. (Portero, 2015)

### ***3.8.2 Deterioro social.***

El consumo frecuente provoca que se incumplan deberes académicos, laborales o domésticos, el consumo se produce aun sabiendo los incumplimientos, se reduce o se abandona actividades sociales, ocupacionales o recreativas. (Portero, 2015)

### ***3.8.3 Consumo de riesgo.***

Se produce el consumo de drogas incluso en situaciones donde existe un franco riesgo físico, la persona consume de manera continuada a pesar de los problemas físicos o psíquicos recurrentes o persistentes que exacerban el consumo. (Portero, 2015)

### ***3.8.4 Criterio farmacológico.***

Incluye la tolerancia y la abstinencia. (Portero, 2015)

La tolerancia se caracteriza por un período de neuroadaptación con la consecuente disminución de respuesta a la dosis habitual utilizada de una droga, teniendo necesidad de utilizar dosis mayores para obtener los mismos resultados. Mientras que la dependencia, es considerada como un síndrome bio-psico-social, la droga es necesaria para evitar los síntomas desagradables que aparecen con la suspensión de su administración, sean éstos de origen psíquico o físico. (Espín, 2003)

### ***3.8.5 Dependencia física.***

Su instauración se produce al suprimir bruscamente la droga, aparecen trastornos físicos intensos (síndrome de abstinencia agudo) que obligan a la persona a buscar la sustancia. (Espín, 2003)

### ***3.8.6 Dependencia psíquica.***

Se considera a la necesidad irrefrenable que presenta una persona de buscar, obtener y reiniciar el consumo al suspender la administración de la droga, sin la presencia del síndrome de abstinencia agudo. (Espín, 2003)

En la práctica clínica tiende a vincularse la primera con el nivel biológico y la segunda con el impulso y conducta de búsqueda característicos del nivel psicosocial.

### **3.9 Tratamiento y prevención.**

Las intoxicaciones agudas constituyen una verdadera emergencia médica debido a que se encuentra comprometida la fisiología de diversos órganos y sistemas. Consiste en aplicar medidas que permitan corregir las alteraciones de las funciones vitales del organismo con el objetivo de conservar la vida del paciente y en la medida de lo posible evitar los diversos efectos tóxicos.

El tratamiento de toda intoxicación aguda debe seguir las siguientes indicaciones: eliminar inmediatamente la sustancia tóxica de la vía de entrada e impedir nuevas absorciones, utilizar antidotos para neutralizar o erradicar los efectos producidos por el tóxico, tratar las alteraciones producidas por la sustancia en el organismo (Espín, 2003).

#### ***3.9.1 Desintoxicación.***

La desintoxicación consiste en la disminución gradual de la dosis de la droga o el reemplazo temporal por otras sustancias, como metadona, buprenorfina o una combinación de buprenorfina y naloxona. (Espín, 2003).

#### ***3.9.2 Terapia conductual.***

La terapia y el asesoramiento psicológico pueden ser individuales, grupales o familiares. Es indispensable que adquieran herramientas para enfrentar la compulsión a las drogas, estrategias para evitar el consumo de las drogas y prevenir recaídas, sugerir cómo sobrellevar las recaídas en caso de que estas ocurriesen, incluir a familiares y amigos como redes de apoyo para mejorar la comunicación y brindarle apoyo; y, sobre todo abordar los trastornos de salud mental. (Espín, 2003).

### **3.9.3 Grupos de autoayuda.**

El mensaje del grupo de autoayuda es que la adicción es un trastorno crónico con un riesgo de recaída. Los grupos de autoayuda pueden disminuir los sentimientos de vergüenza y aislamiento que pueden conducir a una recaída. (Mayo clinic, 2019)

### **3.9.4 Estrategias de afrontamiento y apoyo.**

Es fundamental entender que para afrontar una adicción y evitar las recaídas implica por parte del paciente un esfuerzo continuo. (Mayo clinic, 2019)

Se debe consultar con un terapeuta psicólogo y psiquiatra de preferencia especializado en el consumo de alcohol y drogas. Es así que, con una adecuada terapia, se pueden resolver algunos de los problemas relacionados con el consumo de sustancias, incluso otros problemas de salud mental no diagnosticados, problemas matrimoniales o familiares. (Mayo Clinic, 2019)

### **3.10 Estrategias de prevención de consumo de drogas.**

La prevención de drogodependencias es el conjunto de actividades susceptibles de conseguir en los jóvenes un rechazo sistemático de las drogas que impida el inicio de su consumo. Prevención significa anticiparse a la situación antes de que aparezca el problema. (Instituto Nacional sobre el abuso de drogas, 2004)

Por las características de la adolescencia, es decir, mayor sensibilidad, es un momento crítico en el que se propicia el consumo por la falta de autoestima, la crisis de identidad, presión grupal, curiosidad, entre otras. (Instituto Nacional sobre el abuso de drogas, 2004)

Los enfoques de prevención se suelen dividir en tres categorías:

- **Prevención primaria:** su enfoque es reducir el número de personas que utilizan drogas por primera vez, o retrasar la edad en que se comienza el consumo de drogas, a través de intervenciones que reducen los factores de riesgo y fortalezcan los factores de protección.

- **Prevención secundaria:** intenta identificar a personas que ya muestran signos de abuso y dependencia de sustancias o caen en la categoría de consumo, para realizar intervenciones tan pronto como sea posible para evitar la progresión.
- **Prevención terciaria:** estrategias destinadas a limitar los efectos adversos emocionales, de salud y sociales, y las consecuencias económicas del consumo de sustancias psicoactivas. (Insulza, 2011)

La investigación científica sobre la prevención nos ha proporcionado pruebas sólidas sobre las estrategias preventivas que son efectivas. Dichas estrategias integran los diversos sectores a diferentes niveles. Mientras más temprana es la intervención, más efectiva resulta, por lo cual los niños y adolescentes son los grupos diana. (Insulza, 2011; Instituto Nacional sobre el abuso de drogas, 2004)

### ***3. 10. 1 Intervenciones en la familia:***

La familia constituye la principal influencia en los niños, por lo cual los vínculos dentro de ella son fundamentales en la relación entre padres e hijos para transmitir las respuestas emocionales, de actitud y comportamentales aceptables dentro de una comunidad y la sociedad. Las intervenciones efectivas familiares promueven la cohesión familiar y la comunicación, la resolución de conflictos y el desarrollo de las habilidades parentales positivas.

Los programas de prevención que se basan en intervenciones familiares que promueven la participación activa de los padres, el desarrollo de competencias sociales y de habilidades de autocontrol y crianza positiva pueden ser útiles para reducir el uso de alcohol y de cannabis en menores de edad. (Foxcroft, 2011) (Petrie, 2007)

### ***3. 10. 2 Prevención en el ámbito escolar:***

Están dirigidos a mejorar el ambiente estudiantil y los vínculos, favorecer los comportamientos positivos e incrementar el rendimiento académico a través de sus normas, creencias y expectativas.

Los programas de prevención en el ámbito escolar efectivos incluyen:

- Eliminar mitos sobre las normas del consumo de sustancias y expectativas alteradas, que pueden llevar a los adolescentes a percibir el consumo de drogas como más común o menos nocivo de lo que es en realidad.
- Modificar la percepción de los riesgos asociados con el uso de sustancias psicoactivas, enfatizando en las consecuencias inmediatas.
- Proveer y practicar habilidades para la toma de decisiones, en especial sobre el consumo de sustancias, comunicación de estas decisiones, y desarrollar habilidades para rechazar el uso de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Otorgar y reforzar las intervenciones, durante varios años en la educación básica y media, cuando los niños y adolescentes están en mayor riesgo. (Foxcroft, 2011) (Petrie, 2007)

En cuanto a las intervenciones para disminuir el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, existe evidencia de que los programas basados en entrevistas motivacionales breves son efectivos. Estos programas llamados “de normas sociales” son efectivos para disminuir los problemas asociados con el consumo de alcohol en este grupo etáreo. (Moreira, 2009).

### ***3. 10. 3 Prevención comunitaria:***

La comunidad juega un papel fundamental en el refuerzo de las actitudes sociales y comportamientos. Algunas intervenciones que han demostrado ser eficaces se basan en teorías desarrolladas en torno a la organización comunitaria y la participación, utilizan una serie de componentes orientados a las escuelas, familias, amigos y la comunidad en general, que combinan

múltiples estrategias y enfoques, o que alcanzan a múltiples grupos en una sola comunidad. (Insulza, 2011)

Al tener varios sectores de la comunidad apoyando los mismos elementos y mensajes refuerza las actitudes y comportamientos positivos que desalientan el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. Existe evidencia de los beneficios que aportan los programas que buscan el desarrollo de comunidades mejorando los niveles de seguridad y con la participación de la comunidad. (NIDA, 2017)

#### **4. Familia**

##### **4.1 Definición.**

Dentro de las múltiples definiciones que se pueden encontrar acerca de la familia, podemos mencionar la expuesta por la Organización de las Naciones Unidas, que define a la familia nuclear como: “el grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general a los padres y a los hijos que viven con ellos”. Por otra parte, dentro de lo que concierne la dimensión social y afectiva se define a la familia extensa como: “personas unidas entre sí por grados de consanguinidad, adopción o lazos afectivos, sea que conviven en un mismo espacio físico o que sus integrantes vivan en distintas unidades habitacionales. (Arias, 1997).

La familia sin duda alguna ha sido considerada a lo largo de la historia como la base de la humanidad, el lugar donde se educa en valores, eje fundamental e institución legalmente reconocida por la sociedad.

Es reconocida como un sistema desde 1947 por Ludwing Von Bertalanffy manifestando que, no solo se requiere de los elementos que conforman la familia sino de las relaciones que existen entre ellos, acotando a esta Teoría Jorge Maldonado (Arias, 1997), menciona que cada elemento dentro

del sistema influye y es influido por los otros componentes del sistema en este caso de la familia. Se reconocen dos tipos de sistemas: cerrados circunscrito específicamente a los procesos químicos y, los sistemas abiertos que se encuentran en constantes interacción con el entorno en el que se incluyen a los seres vivos y por ende a la humanidad. (Arias, 1997)

Para entender de mejor manera este sistema, es fundamental hacer hincapié en la estructura del mismo, *los integrantes, los procesos* en el que se incluyen los roles, la comunicación que tiene cada integrante; *la función y funcionalidad* haciendo alusión a cómo el orden de los procesos se produce dinámicamente. (Arias, 1997)

#### **4.2 Historia de la familia en el Ecuador.**

Es preciso iniciar nombrando a la vida nómada de hace 10000 años atrás, quienes repartían los productos recolectados sean estos alimentos o los de la caza entre los integrantes del grupo.

Cuando surge la agricultura, la sociedad empieza a organizarse como el denominado “ayllu”; en donde todos los integrantes de la familia desde los abuelos, padres, tíos, primos e hijos formaban parte del grupo familiar cuyo lazo afectivo era el de hermanos y, que era precedido por el curaca o jefe del hogar. Es preciso destacar el rol del matriarcado en esta célula social primitiva, dentro de nuestro territorio nacional tenemos a la “Venus de Valdivia”, figura representativa de la cultura de Valdivia en la Península de Santa Elena en donde se destaca el rol femenino en esta sociedad, mientras que en la cultura Machalilla, preponderan las figuras del sexo masculino, cuya organización social estaba basada en el patriarcado. (Arias, 1997)

En el período minero metalúrgico, continúa el perfeccionamiento de la estructura de la sociedad como tal, con la conformación de las tribus resultado de la unión de los ayllus cuyos intereses eran comunes, la colectividad y solidaridad permiten la formación de las denominadas confederaciones,

las aldeas o ciudades de la Sierra y Costa poseen similares características en donde las casas abarcaban grandes grupos de parientes. (Arias, 1997)

Durante el período incásico algunas comunidades son despojadas de sus tierras, ya que estas pasan a ser pertenencia del Estado, sin embargo, las familias poseen una pequeña parcela destinada para su manutención cuya extensión sería en incremento dependiendo del número de hijos. Es en esta época que los diferentes ayllus trabajan para fines comunes, pero dirigidos al Estado recién formado. (Arias, 1997)

Para la conquista española, las civilizaciones se encontraban organizadas y con culturas altamente desarrolladas como los Mayas, los Aztecas, los Incas entre otras; la familia es parte fundamental del desarrollo social, para la población indígena aparecen una serie de prohibiciones y restricciones que perdurarán siglos posteriores a la colonización. Los españoles infunden un modelo de familia y sociedad patriarcal, en el que se visualiza al hombre como el proveedor y único reconocido en todas las instancias gubernamentales. La familia mestiza tiene su nacimiento sobre un antecedente de abusos ilegítimos y la familia indígena continúa siendo explotada cuyos cambios no se producen hasta la época industrial. (Arias, 1997) (Barahona, 2015).

La industrialización y la urbanización surgen a partir de la segunda guerra mundial, los capitales americanos desplazan a los europeos instaurados durante la conquista, el capitalismo se inserta en la sociedad, surge el cambio de la industria en la cual la maquinaria se apodera y de a poco desaparece la mano de obra. Por otra parte, junto con la urbanización las familias se desplazan del campo a las grandes ciudades, la construcción es la principal fuente de trabajo para estas familias. (Arias, 1997)

En el Ecuador en el año 1964 se aplica la Ley de Reforma Agraria con el objetivo de mejorar la tenencia de tierras a nivel rural, permitiendo al campesino tener acceso a capacitaciones, asistencia

técnica, préstamos y comercialización justa, la familia campesina que cada vez divide su minifundio entre sus integrantes para poder subsistir se ve forzada a migrar a las grandes ciudades, generalmente los jóvenes varones eran los candidatos más opeccionados para migrar, mientras que la mujer adquiere nuevos roles a los que ya de por sí tenía, asumiendo la responsabilidad familiar total, trabajar y cuidar la parcela, cuidar de los animales, entre otras actividades.( Arias, 1997)

Para el año 1970 con el surgimiento petrolero, se suman empleados públicos a carteras del Estado, con la consecuente corrupción en los altos niveles, expandiendo la economía urbana, se produce el crecimiento de las industrias, se encuentra en auge el sector de la construcción, se moderniza las ciudades incrementando la inflación que perjudicó a los sectores más vulnerables. Junto con el auge petrolero el Estado incrementa sus deudas externas, provocando un endeudamiento progresivo que lógicamente beneficia al sector burocrático, más no a los sectores menos favorecidos, crecen las grandes ciudades del país como Quito y Guayaquil sin planificación previa, por lo que no se cubren adecuadamente los servicios básicos y peor aún existe asistencia social. (Arias, 1997).

La migración se realiza de manera paulatina, para quienes se encuentran mejor preparados la inserción a esta nueva sociedad resulta fácil, mientras que para quienes no gozan de educación, las condiciones precarias en las que son obligados a vivir y añadiendo a esto el subempleo, produce un proceso de aculturación en la que de manera progresiva van perdiendo su identidad. (Arias, 1997)

Se rompe de esta manera la familia campesina, extendida, patriarcal a familias nucleares con abundantes hijos debido a la falta de educación en métodos de planificación familiar, la familia pasa de ser tradicional en la que el padre era el único proveedor a ser familias modernas, en las que por necesidad la madre debe incorporarse al ámbito laboral para poder sostener las familias,

los hijos quedan al cuidado de otros familiares, vecinos o guarderías. (Arias, 1997) (Barahona, 2015)

La migración trae consigo la marginalidad, en la que la pobreza, la ruralidad y empezar a vivir en barriadas o zonas urbano marginales de las grandes ciudades se convierte en un fenómeno que afecta a toda latinoamérica, fomentando así la cultura de la pobreza, esta última definida por Lewis como: “la lucha constante por la vida, desocupación, subempleo, bajos salarios, trabajo infantil, vivir incómodos y hacinados, sentido gregario, alcoholismo, violencia física, vida sexual que inicia a temprana edad, unión libre o matrimonios no legítimos, familias abandonadas por sus padres, machismo y una alta insistencia en la solidaridad familiar”.( Arias, 1997) (Barahona, 2015)

Las altas tasas de inflación en la década de los 80, reduce el gasto público, eleva el precio de los combustibles, produce un estancamiento productivo agravando más aún la situación de estas familias, llega así la crisis bancaria en el año 1999, con la consiguiente inestabilidad económica, duplicando la pobreza a nivel del país de 3.9 a 9.1 millones de ecuatorianos, aumentando también el gasto social y de salud consecuentemente. La falta de esperanza en el país produce un nuevo proceso migratorio a gran escala tanto a Estados Unidos como a Europa, donde hasta la actualidad muchos de ellos viven en estos países de manera ilegal. (Arias, 1997) (Barahona, 2015)

Sin duda alguna estos hechos producen nuevamente cambios en las familias ecuatorianas, se pierde la figura materna o paterna, los años de ausencia producen la ruptura de los hogares o la reconstrucción de los mismos, el rol parental queda en la mayoría de los casos a cargo de los abuelos, que no se encuentran preparados para este proceso y la brecha generacional existente hace que la autoridad y los límites que se impongan a los nietos no se cumplan; en otros casos el rol parental queda a cargo de los hermanos mayores quienes no han completado su desarrollo y sienten la sobrecarga.

Las remesas provenientes del exterior constituyeron en ese tiempo el segundo ingreso económico del país, si bien es cierto se resuelve la economía de algunas familias, sin embargo, esto se produce con las consecuencias del desmembramiento familiar. Las familias pobres se fortalecen en la solidaridad entre sus familias y vecinos, su propio esfuerzo, han establecido verdaderas redes de apoyo. (Arias, 1997) (Barahona, 2015)

Es evidente que la familia nuclear se ha mantenido en el último siglo en el Ecuador como base de la normalidad, sin embargo, todos los acontecimientos sociales y económicos del país han determinado múltiples cambios en la tipología familiar hacia la familia ampliada y monoparental. (Arias, 1997) (Barahona, 2015)

Existen transformaciones que justifican en parte los cambios en la estructura familiar de nuestro país, ya no se considera el amor como para toda la vida con la finalidad de criar y amar a la descendencia, se han modificado los valores familiares, así como también, el cambio en los factores culturales e ideológicos. (Barahona, 2015)

En el Ecuador existen más de tres millones de hogares, el 34% en los últimos 10 años se incrementa en el área urbana. (Registro Civil. 2013). Según la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo presentados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012) el poder adquisitivo de los hogares ecuatorianos mejoró, tomando como indicadores el ingreso familiar promedio el costo canasta básica, en el año 2007 un 67% lo alcanzaron, frente a un 91,5% que en el 2012 alcanzó este valor. (Duque, 2017)

Entre los años 2006 y 2016 los matrimonios disminuyeron en un 22,01%, mientras que los divorcios incrementaron en un 83,45% en el mismo período. (Duque, 2017)

Para el año 2015, reportes de las Aldeas Infantiles del Ecuador manifiestan que el 33% niños (as) y adolescentes de 5 y 7 años fueron maltratados física y psicológicamente por personas

responsables de su cuidado, 4 de cada 10 niños sufren violencia en sus hogares, viven con padres y/o madres maltratados en su infancia, 6 de cada 10 niños afirman que merecían las reacciones de sus padres, frente a sus faltas, el 18% padres y/o madres, sufrieron violencia de sus progenitores cuando fueron niños es decir existe la transmisión intergeneracional de la violencia y, el 30% de adolescentes entre 12 - 17 años han sido testigos de maltrato entre sus progenitores. (Aldeas Infantiles Ecuador, 2015).

### 4.3 Propiedades de la familia

Las propiedades de la familia como sistema son: (Arias, 1997)

- **Límites:** considerada como la línea invisible que separa un sistema de otro, son de utilidad para dar sentido de pertenencia e identidad a la familia; así como también las reglas internas a seguirse dentro del sistema familiar. La permeabilidad de los límites asegura que la familia tenga contacto con la sociedad con su influencia positiva o negativa sobre la misma. (Arias, 1997)
- **Totalidad:** es la forma en que se enlazan las acciones de los miembros de la familia, la familia se ve afectada o favorecida por la acción de cada uno de sus miembros. (Arias, 1997)
- **Equifinalidad:** se basa en querer conseguir los mismos objetivos básicos universales como el afecto, la protección, la procreación y socialización; partiendo de diferentes condiciones iniciales. (Arias, 1997)
- **Retroalimentación:** toda acción presenta una respuesta o reacción por lo que esta propiedad se lleva a cabo mediante la comunicación. (Arias, 1997)
- **Homeostasis:** es un proceso dinámico que promueve a la tendencia por mantener la estabilidad a pesar de los continuos eventos que le obligan a modificar. (Arias, 1997)

- **Calibración o adaptación:** son procesos que incluyen el cambio de roles, cambios en la comunicación, reacciones reflejas que le permiten a la familia adaptarse a las circunstancias. (Arias, 1997)
- **Entropía:** es la tendencia al desorden, indicando que el sistema que se encuentra sin las propiedades anteriores es conducido al caos. (Arias, 1997)

#### **4.4 Roles al interior de la familia**

El Rol es la función que debe cumplir una persona cuando asume una posición en el sistema social, las características del rol como tal es que debe ser dinámico y con la capacidad de ajustarse conforme se va desarrollando cada miembro del grupo familiar; se define dentro de la posición del integrante dentro del sistema y se construye en función de los roles de otras personas.

##### **4.4.1 Rol de esposos.**

Corresponde el subsistema conyugal, se establece por la unión conyugal basado en sentimientos de amor, afectividad de la pareja y el compañerismo. Para la construcción del nosotros es necesario que, los integrantes de la pareja deban ceder su parte individual para complementarse con el otro, así como también entenderse y aceptarse plenamente. Este rol no debe desaparecer con el crecimiento de las familias y el asumir otros roles. (Arias, 1997)

##### **4.4.2 Rol Parental.**

Se establece cuando la pareja debuta como padres, con el nacimiento de su primer hijo y perdura en el tiempo, modificándose conforme el cambio en el ciclo vital individual de los hijos. Varía desde la función de protección y guía, donde el ejemplo es el principal aprendizaje, hasta el hecho de poder negociar reglas y respeto en la adolescencia. (Arias, 1997)

#### ***4.4.3 Rol de hermanos.***

Se aprende las primeras reglas de socialización con sus pares, debe equilibrarse afectos, tareas, relaciones de cooperación y competencia. (Arias, 1997)

#### **4.5 Funciones de la familia.**

Son todas aquellas actividades que se llevan a cabo por los integrantes de una familia para cubrir las necesidades de sus miembros y de la familia como un todo.

Los integrantes necesitan cubrir una serie de funciones para que todas las personas que la integran puedan satisfacer sus necesidades, se gratifiquen y obtengan el provecho de pertenecer a ella. (Garza y Gutiérrez, 2015).

De acuerdo a Arias (1997) las funciones afectivas consisten en la identificación, expresión y comunicación de los sentimientos y emociones entre todos los integrantes y los hacen sentir aceptados y queridos.

Las funciones instrumentales son aquellas actividades que permiten cubrir las necesidades de cuidado de sus integrantes y los hagan sentir satisfechos, entre ellas se incluyen (Arias, 1997):

- Proveer los recursos económicos y materiales.
- Apoyo y crianza de los hijos.
- Desarrollo de habilidades de la vida diaria (higiene, vestido, alimentación).
- Sistemas de control de conductas.
- Gratificación sexual de los adultos.

Una familia es funcional cuando sus integrantes llevan a cabo o realizan de forma voluntaria, permanente y con satisfacción suficiente cada una de las funciones que se requieren de acuerdo con su pertenencia en los diferentes subsistemas familiares y a la etapa de su ciclo de vida, tanto familiar como personal. (Garza y Gutiérrez 2015).

#### **4.6 Sistemas de control de conductas.**

Todas las familias deben tener normas y es necesario un sistema que apoye en sus integrantes el aprendizaje de las reglas de comportamiento social.

El aprendizaje/enseñanza de las conductas sociales se da a través de dos dimensiones del ejercicio de la autoridad que son la disciplina y la constancia. (Armas 1997).

Se debe ejercer la disciplina a través de dos dimensiones del comportamiento jerárquico:

1. La exigencia, el énfasis de la autoridad en el control, supervisión y promoción del comportamiento responsable de las personas a cargo, con reglas claras y conductas congruentes.
2. La responsividad se refiere al énfasis de la autoridad en el intercambio de afecto, razonando sus actos, comunicándose con sus hijos con cordialidad y aceptándolos con sus características individuales.

Y la constancia implica la persistencia en la aplicación de las normas familiares. (Garza y Gutiérrez 2015).

El rol más importante del médico familiar sobre la funcionalidad de las familias es apoyar a sus pacientes y familias a llevar a cabo las funciones familiares de acuerdo al tipo de familia y la etapa del ciclo vital que viven. (Rubinstein 2006).

Quizás la parte más importante es la evaluación de la funcionalidad familiar, por lo que su aprendizaje y dominio es difícil y complicado, por lo que se recomienda el uso de algunos instrumentos de apoyo como la Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) que se aplica a uno de los miembros de la familia con capacidad para responderlo y en condiciones adecuadas de privacidad. La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar. (Armas, 1997)

#### **4.7 Límites familiares**

Para Gómez (2008), es indispensable para el funcionamiento de las familias el establecimiento de límites que están constituidos por reglas, las cuales definen quiénes participan y de qué manera. La función de los límites es proteger la diferenciación de los integrantes del grupo familiar y el funcionamiento adecuado de la familia. Por ello, deben ser claros y han de definirse de la manera más precisa para permitir a las personas el desarrollo de funciones sin interrupciones y el contacto entre los miembros de un subsistema a otro. Los límites demarcan el espacio entre una familia y otra, entre los miembros de un grupo familiar. Esta comprensión permite el ingreso al espacio donde se desenvuelve la familia, entender sus acciones y lo que acontece cotidianamente. Se puede leer como un mecanismo de protección de la familia ante los riesgos externos a que está expuesta. Los límites flexibles permiten la interacción por estar claramente delimitados y por mantener las prioridades y autonomía de cada miembro. Los límites rígidos se presentan cuando algún miembro impide y bloquea la relación con los demás. En los límites difusos, el sistema familiar se presenta descoordinado y no hay claridad con las normas. (Puello et al 2014).

#### 4.8 Guías anticipatorias para familias con hijos adolescentes

**Tabla2. Guías anticipatorias para familias con hijos adolescentes**

| Área  | Recomendaciones  |
|---|--|
| Vinculación con la familia y relaciones interpersonales | Mantener el contacto y comunicación adecuada con la familia.<br>Tener amistades con estilos de vida saludables, realizar actividades seguras y divertidas.<br>Evitar amistades que no presionen negativamente y tengan hábitos tóxicos.  |
| Desempeño escolar, académico o laboral                  | Ser responsable y organizado en las tareas.<br>Buscar nuevas actividades en áreas de interés o preocupación.   |
| Regulación del ánimo y salud mental                     | Aprender a manejar situaciones de estrés.<br>Buscar y conversar con un profesional o familiar si se siente triste, deprimido, nervioso irritable o desconsolado.<br>Aprender a manejar y modificar los sentimientos negativos y las respuestas impulsivas.<br>Compartir las preocupaciones y situaciones difíciles con la familia. |

|                   |  |
|-------------------|--|
| Sexualidad        | <p>Tomar decisiones de manera libre e informada.<br/>         No forzar ni permitir ser forzado a tener relaciones sexuales.<br/>         Informarse acerca de los derechos sexuales y reproductivos, así como de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.<br/>         Realizarse controles médicos anuales.</p>   |
| Uso de sustancias | <p>Informarse sobre los efectos dañinos de las sustancias.<br/>         Evitar situaciones en las que el tabaco, alcohol y drogas sean de fácil acceso.<br/>         Apoyar a los amigos que han decidido no usar sustancias.<br/>         Acudir a un profesional en caso de tener dudas o querer dejar el uso de sustancias.<br/>         No conducir ni abordar un vehículo que está siendo conducido por una persona en estado de embriaguez</p> |
| Violencia         | <p>Evitar situaciones y personas violentas<br/>         Pedir ayuda y alejarse en casos de violencia.<br/>         Aprender a identificar la coerción.<br/>         Aprender a decir no.</p>   |

Elaborado por: Guerra, V., Terán, V. (2019)

Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2015)

## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 1. Operacionalización de las variables

**Tabla 3. Operacionalización de las variables.**

| VARIABLE                                       | DEFINICIÓN   | DEFINICIÓN OPERACIONAL  | TIPO DE VARIABLE                       | Escala/Categoría                                  | Indicador                                       | FUENTE   |
|--|--|---|--|---|---|----------|
| <b>EDAD</b>                                    | Tiempo que ha vivido una persona.  | Número de años cumplidos al momento de realizar la entrevista                                 | Cuantitativa transformada a intervalos | 17 – 19<br>20 - 22<br>23 – 25                     | Media<br>Moda<br>Mediana<br>Desviación estándar | Encuesta |
| <b>SEXO</b>                                    | Condición orgánica, masculina o femenina, de las personas y animales   | Sexo indicado en la entrevista  | Cualitativa                            | Masculino<br>Femenino                             | Frecuencia relativa<br>Frecuencia Absoluta<br>% | Encuesta |
| <b>PERCEPCIÓN DE CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA</b> | Percepción del estudiante de la medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. | Preguntas encaminadas a averiguar ingresos económicos, educación, ocupación, calidad de vida. | Cualitativa                            | Muy buena<br>Buena<br>Regular<br>Mala<br>Muy Mala | FA y %  | Encuesta |



|                                  |  |   |                    |  |               |                 |
|----------------------------------|--|---|--------------------|--|---------------|-----------------|
| <p><b>LÍMITES FAMILIARES</b></p> | <p>Es una membrana imaginaria que regula el contacto de la familia en términos de permisividad, derechos, autonomía; así como también, de reglas claras bajo las cuales ha de regirse cada miembro y en si la familia.</p> | <p>Tipos de límites familiares encontrados dentro de la encuesta al responder pregunta FF SIL 15</p> <p>¿Qué tanto controlan sus padres y familiares?</p> <p>Estudios</p> <p>Vida sentimental</p> <p>Actividades de diversión</p> <p>Amigos</p> | <p>Cualitativa</p> | <p>Límites flexibles: mediano control sobre su vida, estudios, sentimientos y amigos</p> <p>Límites rígidos: mucho control sobre su vida, estudios, sentimientos y amigos</p> <p>Límites difusos: nada o poco control sobre su vida, estudios, sentimientos y amigos</p> | <p>FA y %</p> | <p>Encuesta</p> |
|----------------------------------|--|---|--------------------|--|---------------|-----------------|

|                            |   |   |              |  |                      |                 |
|----------------------------|---|---|--------------|--|----------------------|-----------------|
| <b>DISFUNCIÓN FAMILIAR</b> | Efectividad con la que se desenvuelven cada uno de los miembros de una familia para cumplir las funciones básicas de esta y satisfacer las necesidades individuales independientes y colectivas dependientes; así como su conducta. | Disfunción familiar en base al valor del cuestionario FF SIL familiar sobre 70 puntos | Cuantitativa | Funcional 57 – 70pts<br><br>Moderadamente funcional: 43 - 56 pts<br><br>Familia Disfuncional: 28 – 42pts<br><br>Familia Severamente Disfuncional 14 – 27pts. | Media, mediana, moda | FF SIL Encuesta |
| <b>CONSUMO DE TABACO</b>   |   |   |              |  |                      |                 |

|                                     |  |   |  |                                    |                      |          |
|-------------------------------------|--|---|--|------------------------------------|----------------------|----------|
| <b>Experimentación tabáquica</b>    | Consumo alguna vez de tabaco                   | Responde a la pregunta: ¿Ha fumado Ud cigarrillos alguna vez en la vida?            | cualitativa                            | Si<br>No                           | %, FR                | Encuesta |
| <b>Inicio de consumo</b>            | Edad de inicio de consumo de tabaco            | Responde a la pregunta:<br>¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?             | cuantitativa                           | edad en años                       | Media, moda, mediana | Encuesta |
| <b>Consumo en el último mes</b>     | Consumo de tabaco en el último mes             | Responde a la pregunta ¿Ha fumado en el último mes?                                 | cualitativa                            | si<br>no<br>ninguno                | %, FR                | Encuesta |
| <b>Número de cigarrillos al mes</b> | Número de cigarrillos fumados en el último mes | Responde a la pregunta:<br>¿Cuántos cigarrillos diarios ha fumado en el último mes? | cuantitativa transformada a intervalos | de 1 a 5<br>de 5 a 10<br>más de 10 | %, FR                | Encuesta |
| <b>Tipo de tabaco</b>               |  |   | cualitativa                            |                                    |                      |          |

|                 |  |  |              |   |                      |          |
|-----------------|--|--|--------------|---|----------------------|----------|
| Años de consumo | Tipo de tabaco consumido                             | Responde a la pregunta ¿Qué tipo de tabaco ha consumido? |              | puro<br>con filtro<br>sin filtro<br>artesanal<br>electrónico<br>pipa<br>ninguno | %, FR                | Encuesta |
|                 | Número de años que el estudiante ha consumido tabaco | Responde a la pregunta ¿ Durante cuántos años ha fumado? | cuantitativa | número de años  | Mediana, moda, media | Encuesta |

| CONSUMO DE ALCOHOL                    |   |   |  |   |                            |                 |
|---------------------------------------|---|---|--|---|----------------------------|-----------------|
| <b>Experimentación<br/>alcohólica</b> | Consumo de alcohol<br>alguna vez en la vida | Responde a la<br>pregunta ¿Ha<br>consumido alcohol<br>alguna vez en la<br>vida?         | cuantitativa                                 | si<br><br>no  | %, FR                      | <b>Encuesta</b> |
| <b>Inicio de consumo</b>              | Edad de inicio de<br>consumo de alcohol     | Responde a la<br>pregunta ¿Qué edad<br>tenía cuando tomó<br>alcohol por primera<br>vez? | cuantitativa                                 | edad en años  | Media,<br>moda,<br>mediana | <b>Encuesta</b> |
| <b>Consumo en el<br/>último mes</b>   | Consumo de alcohol<br>en el último mes      | Responde a la<br>pregunta ¿Ha<br>consumido alcohol<br>en los último 30<br>días?         | cuantitativa                                 | si<br><br>no  | %, FR                      | <b>Encuesta</b> |
| <b>Frecuencia de<br/>consumo</b>      | Frecuencia de<br>consumo de alcohol         | Responde a la<br>pregunta ¿Con qué<br>frecuencia consume<br>alcohol?                    | cuantitativa<br>transformada<br>a intervalos | - 1 vez al mes o<br>menos<br><br>- 2 a 4 veces al<br>mes<br><br>- 2 a 3 veces por<br>semana<br><br>4 veces o más a<br>la semana | %, FR                      | <b>Encuesta</b> |

|  |  |   |  |  |       |          |
|--|--|---|--|--|-------|----------|
| Número de tragos   |  |   |  | 1 o 2<br>3 o 4<br>5 o 6<br>7 a 9<br>10 o más         |       |          |
| Durante el último año:<br><br>Frecuencia de tragos en un día | Número de tragos consumidos cuando toma alcohol                          | Responde a la pregunta ¿Cuántos tragos suele tomar cuando bebe alcohol?                 | Cuantitativa transformada a intervalos |  | %, FR | Encuesta |
| Veces incapaz de parar de beber                              | Frecuencia de consumo de 6 o más tragos en un día durante el último año. | Responde a la pregunta: ¿Con qué frecuencia ha tomado 6 o más tragos en un día?         | Cuantitativa transformada a categorías | < 1 vez al mes<br>- mensual<br>- semanal<br>- diario | %, FR | Encuesta |
| Frecuencia postergación de actividades                       |  |   | Cuantitativa transformada a categorías | < 1 vez al mes<br>- mensual<br>- semanal<br>- diario |       |          |
| Frecuencia beber en ayunas                                   | Frecuencia con que ha sido incapaz de parar de beber una vez que empezó  | Responde a la pregunta ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar una vez que empezó? |  | < 1 vez al mes<br>- mensual                          | %, FR |          |

|  |   |   |   |   |              |                        |
|--|---|---|---|---|--------------|------------------------|
| <p><b>Frecuencia sentimientos de culpa</b></p>       | <p>durante el último año</p>  | <p>Responde a la pregunta ¿Con qué frecuencia, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p>             | <p>Cuantitativa transformada a categorías</p> | <p>- semanal<br/>- diario</p>                                     |              | <p><b>Encuesta</b></p> |
| <p><b>Frecuencia dificultad para recordar</b></p>    | <p>Frecuencia de postergación de actividades por beber alcohol durante el último año</p>                                  | <p>Responde a la pregunta ¿Con qué frecuencia necesito beber en ayunas para recuperarse luego de haber bebido?</p>            | <p>Cuantitativa transformada a categorías</p> | <p>&lt; 1 vez al mes<br/>- mensual<br/>- semanal<br/>- diario</p> | <p>%, FR</p> | <p><b>Encuesta</b></p> |
| <p><b>Respecto a los últimos 30 días:</b></p>        | <p>Frecuencia que el estudiante necesitó beber en ayunas para recuperarse luego de haber bebido durante el último año</p> | <p>Responde a la pregunta ¿Con qué frecuencia ha sentido remordimiento o culpa después de haber bebido?</p>                   | <p>Cuantitativa transformada a categorías</p> | <p>&lt; 1 vez al mes<br/>- mensual<br/>- semanal<br/>- diario</p> | <p>%, FR</p> | <p><b>Encuesta</b></p> |
| <p><b>Tipo de bebida alcohólica y frecuencia</b></p> | <p>Frecuencia que sintió culpa luego de haber bebido, durante el último año.</p>  | <p>Responde a la pregunta ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que hizo la noche anterior porque estaba bebiendo?</p> | <p>cualitativa</p>                            | <p>&lt; 1 vez al mes<br/>- mensual<br/>- semanal<br/>- diario</p> | <p>%, FR</p> | <p><b>Encuesta</b></p> |

|                  |   |  |  |   |       |          |
|------------------|---|--|--|---|-------|----------|
| Sitio de consumo | Frecuencia que no ha podido recordar o que hizo la noche anterior porque estaba bebiendo, durante el último año | Responde a la pregunta ¿Qué tipo de bebida alcohólica consumió y con qué frecuencia? | Cuantitativa transformada a categorías | <ul style="list-style-type: none"> <li>- cerveza</li> <li>- vino</li> <li>-espumantes</li> <li>-tragos fuertes solos o combinados</li> </ul>  | %, FR | Encuesta |
|                  | Tipo de bebida alcohólica consumida y frecuencia durante el último mes  |  | cualitativa                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- fin de semana</li> <li>algunos días de la semana</li> <li>- una vez al mes</li> <li>- nunca</li> </ul>   | %, FR | Encuesta |
|                  |   | Responde a la pregunta ¿Dónde consume alcohol con más frecuencia?                    |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- en mi propia casa</li> <li>- en una tienda</li> <li>- en casa de mis amigos</li> <li>- en el parque o zonas recreativas</li> <li>- en la universidad</li> <li>- en bares o discotecas</li> <li>- en el trabajo</li> <li>- en eventos</li> <li>- otros</li> </ul> | %, FR | Encuesta |

|  |   |  |   |  |              |                        |
|--|---|--|---|--|--------------|------------------------|
| <p><b>Persona con la que consume</b></p>             | <p>Lugar donde el estudiante consume alcohol con más frecuencia</p> |  | <p>amigos<br/>familiares<br/>solo<br/>otros</p> |  | <p>%, FR</p> |                        |
| <p><b>Amigos o familiares que se emborrachan</b></p> |   | <p>Responde a la pregunta ¿Con quién consume más frecuentemente alcohol?</p> | <p>no<br/>amigos<br/>familiares</p>             |  |              | <p><b>Encuesta</b></p> |

|                          |   |   |  |  |        |          |
|--------------------------|---|---|--|--|--------|----------|
|                          | Persona con la que el estudiante consume más frecuentemente alcohol | Responde a la pregunta ¿Tiene amigos o familiares que se emborrachan? |  |  | % , FR | Encuesta |
|                          | Presencia de amigos o familiares que se emborrachan                 |   |  |  | % , FR | Encuesta |
| <b>CONSUMO DE DROGAS</b> |   |   |  |  |        |          |

|  |  |  |              |   |                      |          |
|--|--|--|--------------|---|----------------------|----------|
| <b>Exposición a drogas ilícitas</b>            | Consumo alguna vez en la vida de drogas                    | Responde a la pregunta ¿Alguna vez probó alguna droga como marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias ilícitas? | Cualitativa  | Nunca<br>una vez<br>dos o más veces   | %, FR                | Encuesta |
| <b>Edad de inicio de consumo</b>               | Edad a la que el estudiante inició consumo de drogas       | Responde a la pregunta ¿Qué edad tenía cuando consumió alguna de estas drogas por primera vez?                       | Cuantitativa | edad en años  | Mediana, moda, media | Encuesta |
| <b>Familiares que consumen drogas ilícitas</b> | Presencia de familiares del estudiante que consumen drogas | Responde a la pregunta ¿Tiene familiares que consuman drogas como marihuana, cocaína, heroína, éxtasis u otras?      | Cualitativa  | ninguno<br>uno<br>dos o más<br>no sabe  | %, FR                | Encuesta |
| <b>Tipo de droga ilícita consumida</b>         | Tipo de droga que el estudiante ha consumido alguna vez    | Responde a la pregunta ¿Ha consumido?  | Cualitativa  | Marihuana<br>Cocaína<br>Heroína<br>Éxtasis<br>Anfetaminas<br>Metanfetamina<br>LSD<br>Inhalables<br>Alucinógenos<br>Pasta Base<br>Tranquilizante<br>Ketamina | %, FR                | Encuesta |

## **2. Tipo y diseño de la investigación.**

El tipo de estudio fue transversal analítico, que permiten medir la prevalencia de una exposición, así como también permitió analizar las variables independientes que se asocian con el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

## **3. Población de estudio.**

Se tomó como base de la población a los estudiantes del primer semestre del período académico 2018 de la PUCE, sedes Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo; la población a ser estudiada fue de 2693 estudiantes en primer nivel.

## **4. Muestra Poblacional.**

El presente estudio formó parte de una investigación más amplia titulada “Hábitos y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con variables clínico. nutricionales y psicosociales”, la misma que tiene como objetivo determinar la asociación entre el estado nutricional, salud mental y salud sexual, con los hábitos y estilos de vida desarrollados por los estudiantes universitarios de Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo durante el período 2018 - 2020., por lo cual se tomó como base la misma población de estudio, los estudiantes del primer semestre del período académico 2018 de la PUCE, sedes Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo.

La muestra se seleccionó mediante un muestreo por conglomerados por facultad y paralelo, a partir de la base de datos de la Dirección de Admisiones y de las listas generadas para el primer nivel de todas las carreras por las Secretarías de cada Unidad Académica.

El cálculo de la muestra parte del tamaño de la población a ser estudiada que son 2693 estudiantes en primer nivel, con un nivel de confianza del 95% y error muestral del 2%. El tamaño de la muestra calculado fue de 846 estudiantes de primer nivel de las sedes Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo.

### 5. Criterios de inclusión.

- Estudiantes que ingresaron a primer periodo 2018 de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo.
- Estudiantes que consintieron su participación en el estudio
- Estudiantes regulares de pregrado
- Edad 18 – 25 años
- Sujetos aparentemente sanos

### 6. Criterios de exclusión.

- Estudiantes menores de 18 años
- Estudiantes que no desearon participar en el estudio.
- Estudiantes con alguna discapacidad que le impidió responder el cuestionario

### 7. Técnicas e instrumentos de recolección de muestra.

Los instrumentos que serán utilizados en el presente estudio comprende:

- ***La Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)***: el funcionamiento familiar es definido, desde 1978 por la Organización Mundial de la Salud, como “el funcionamiento efectivo de la familia como unidad biosocial, en una unidad dada”. Durante muchos años se han creado instrumentos que permitan valorar dicha función, en Cuba en 1999, Isabel Louro Bernal publica para la Organización Panamericana de la Salud el instrumento denominado FF SIL para evaluar la dinámica familiar.

En Chile, se ha validado esta escala con el instrumento de la OPS, al valorar el mismo nivel de constructo, encontrando que el nivel de correlación es de 0,60 en la medida de correlación de Spearman.

En nuestro país, en la ciudad de Loja, en el año 2016 se publica en la revista Portales Médicos; que el grado de comprensión del constructo de FF SIL es uniforme y el análisis de fiabilidad del instrumento según el alfa de Cronbach es de 0.931, lo cual le confiere una elevada consistencia.

La Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), mide el grado de funcionalidad familiar basado en 7 variables (15 preguntas) en las que se incluye:

**Cohesión:** preguntas 1 y 8, unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, así como la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

**Armonía:** preguntas 2 y 13, correspondencia entre los intereses y las necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional efectivo.

**Comunicación:** preguntas 5 y 11, permite valorar si los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

**Afectividad:** preguntas 4 y 14, aprecia la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas.

**Roles:** preguntas 3 y 9, evalúa si cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

**Adaptabilidad:** preguntas 6 y 10, la habilidad que tiene la familia para cambiar de estructura, poder, relación de roles y reglas ante una situación que así lo requiera.

**Permeabilidad:** preguntas 7 y 12; la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias o sistemas externos.

Se aplica a uno de los miembros de la familia en condiciones adecuadas de privacidad. La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar. El procesamiento estadístico de la información recogida se realizará utilizando el análisis porcentual, para facilitar las generalizaciones e interpretaciones de los datos. Estos resultados se plasman en tablas y gráficos.

Dicho instrumento nos permite identificar las posibles causas de los problemas familiares, para de esta manera intervenir de manera efectiva y eficaz.

- Para el análisis del consumo de sustancias tóxicas alcohol, tabaco y drogas ilícitas, se utilizó el cuestionario elaborado por la Organización de Estados Americanos en el estudio de la Oficina de la Naciones Unidas contra la droga y el delito, denominado III estudio epidemiológico andino sobre

consumo de drogas en población universitaria, Informe regional 2016; modificando algunas de las preguntas hacia nuestra culturalidad, realidad y tema de estudio.

Se tomó las preguntas bajo las cuales se pueden determinar ciertos rasgos de las características familiares como: la estructura familiar: presencia de los padres (biparental monoparental, padres ausentes); cercanía de otros familiares, integración familiar (integrada, semi integrada, desintegrada) de los estudiantes de primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sedes Ibarra, Quito, Santo Domingo y Portoviejo.

Para la evaluación del consumo de alcohol este cuestionario utiliza la **Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT)**, una prueba simple utilizada a nivel internacional y debidamente validada, elaborada por la Organización Mundial de la Salud y permite determinar si el consumo de alcohol en una persona es de riesgo. Consta de 10 preguntas; una puntuación igual o mayor a 1 en las preguntas 2 ó 3 están relacionadas con el consumo de alcohol en un nivel de riesgo, mientras que una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4 a 6 están relacionadas con la dependencia al alcohol; y las preguntas 7 y 8 muestran daños relacionados con el consumo de alcohol. En nuestro estudio se utilizarán variables que identifiquen consumo, abuso y dependencia al alcohol, en el último mes, último año, alguna vez en la vida, o nunca; con el propósito de obtener datos de prevalencia. No se utilizará las preguntas 9 y 10 de este cuestionario porque las investigadoras quisieron enfocarse en consumo riesgoso de alcohol y síntomas de dependencia.

De igual manera en dicho cuestionario se cuenta con preguntas encaminadas a determinar el consumo, abuso y dependencia para el tabaco y drogas ilícitas.

#### **8. Procedimientos de recolección de la información.**

Se realizó por medio de una encuesta estructurada a los estudiantes de primer semestre de la PUCE sedes Portoviejo, Santo Domingo, Portoviejo e Ibarra: en los días coordinados para dicho efecto con las direcciones de bienestar estudiantil en cada sede. (Anexo 2)

La encuesta se entregó a los estudiantes de forma personal, en sobres cerrados, en los que incluye el cuestionario y el consentimiento informado, con duración para el llenado de 30 minutos aproximadamente

## **9. Aspectos bioéticos.**

En el presente estudio recolectó datos de los estudiantes de primer semestre de las diferentes sedes de la PUCE, en los que se incluyó información confidencial acerca del uso de sustancias lícitas e ilícitas, relaciones familiares y aspectos socioeconómicos, por lo cual las encuestas no llevaron nombre ni identificación de los estudiantes, se guardaron en sobre cerrado, se hizo una lista con un código para identificar las encuestas, guardando la confidencialidad del caso. La información recolectada se compartió únicamente con el equipo de investigación, y será presentada en el presente trabajo de tesis, sin revelar la identidad personal de los participantes.

Previo al llenado de las encuestas se explicó a los participantes la finalidad y metodología del estudio, criterios de inclusión y exclusión, posibilidad de seguir en el estudio o retirarse en el momento que lo crea conveniente, sus derechos como participante de estudios con seres humanos. Se respondió todas las preguntas previas a la firma del consentimiento informado, que de igual manera se guardó en sobre cerrado. El presente estudio que es parte del macro proyecto: “Hábitos y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con variables clínico - nutricionales y psicosociales”; se encuentra aprobado por el Comité de Bioética de investigación en seres humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Anexo 1) y por la Dirección General de Estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Anexo 2) En anexo se encuentra el consentimiento informado

## **10. Plan Análisis de datos.**

Los datos fueron digitados en el programa Excel, se realizó análisis descriptivo de cada una de las variables: para las variables cualitativas se obtuvo las frecuencias y porcentajes, para las variables cuantitativas se obtuvieron media, mediana, moda y desviaciones estándar. Para el análisis de asociación entre consumo de sustancias con el tipo de familia, funcionalidad familiar y los límites familiares se calcularon los valores de razones de prevalencia con sus respectivos intervalos de confianza, y se determinaron significativas aquellos con un valor  $p < 0,005$ . Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística ajustada por las variables intervinientes. Para el análisis de estos datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistic 25.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 1. Características estudiantes PUCE.

El presente estudio se realizó en 846 estudiantes de primer semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el año 2018, en las sedes de Quito (67,7%); Ibarra (19,1%); Santo Domingo (10,3%); Portoviejo (1,7%) y Chone (1,2%). El 42,2% de estudiantes fueron de sexo masculino y un 57,8% del sexo femenino. En cuanto al grupo etario, el 58,5% eran adolescentes y el 41,5% adultos jóvenes. (Tabla 4).

El 96,6% tienen un estado civil soltero/a, el 2,5% son casados/as, el 0,8% viven en unión libre y el 0,1% es viudo/a. La religión que practican los estudiantes es mayoritariamente la católica con un 70,7%, seguida de ninguna religión con un 15,7%, evangélica el 7,4%, otras el 5,1%, adventista el 0,5%, Testigo de Jehová 0,2% y un 0,4% de estudiantes que no responden esta pregunta. (Tabla 4)

En cuanto a la percepción de su situación socio económica el 52,6% de los estudiantes la definen como regular, el 42,4% como Buena; en igual porcentaje con el 2,4% la catalogan como muy buena y Mala; y, el 0,2% como muy mala. (Tabla 4).

Por otra parte, el 77,2% de los estudiantes no han migrado de otra ciudad o país, mientras que el 22,8% si lo han hecho. (Tabla 4).

Tabla 4. Características de los estudiantes de primer semestre de la PUCE período 2018

(n=846)

|   | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|---|------------|--------------|
| <b>SEDE</b>                                 |            |              |
| Chone                                       | 10         | 1,2%         |
| Ibarra                                      | 162        | 19,1%        |
| Portoviejo                                  | 14         | 1,7%         |
| Quito                                       | 573        | 67,7%        |
| Santo domingo                               | 87         | 10,3%        |
| <b>SEXO</b>                                 |            |              |
| Masculino                                   | 357        | 42,2%        |
| Femenino                                    | 489        | 57,8%        |
| <b>EDAD CATEGORÍAS</b>                      |            |              |
| Adolescentes                                | 495        | 58,5%        |
| Adulto joven                                | 351        | 41,5%        |
| <b>ESTADO CIVIL ACTUAL</b>                  |            |              |
| Casado                                      | 21         | 2,5%         |
| Soltero                                     | 817        | 96,6%        |
| Convive/unión libre                         | 7          | 0,8%         |
| Viudo                                       | 1          | 0,1%         |
| <b>RELIGIÓN</b>                             |            |              |
| Católica                                    | 598        | 70,7%        |
| Evangélica                                  | 63         | 7,4%         |
| Adventista                                  | 4          | 0,5%         |
| Testigo de jehová                           | 2          | 0,2%         |
| Otras                                       | 43         | 5,1%         |
| Ninguna                                     | 133        | 15,7%        |
| No responde                                 | 3          | 0,4%         |
| <b>PERCEPCIÓN SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA</b> |            |              |
| Muy buena                                   | 20         | 2,4%         |
| Buena                                       | 359        | 42,4%        |
| Regular                                     | 445        | 52,6%        |
| Mala  | 20         | 2,4%         |
| Muy mala                                    | 2          | 0,2%         |
| <b>MIGRANTE</b>                             |            |              |

|           |     |       |
|-----------|-----|-------|
| <b>SI</b> | 193 | 22,8% |
| <b>NO</b> | 653 | 77,2% |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019. Fuente: Encuestas estudio SULLY HELP

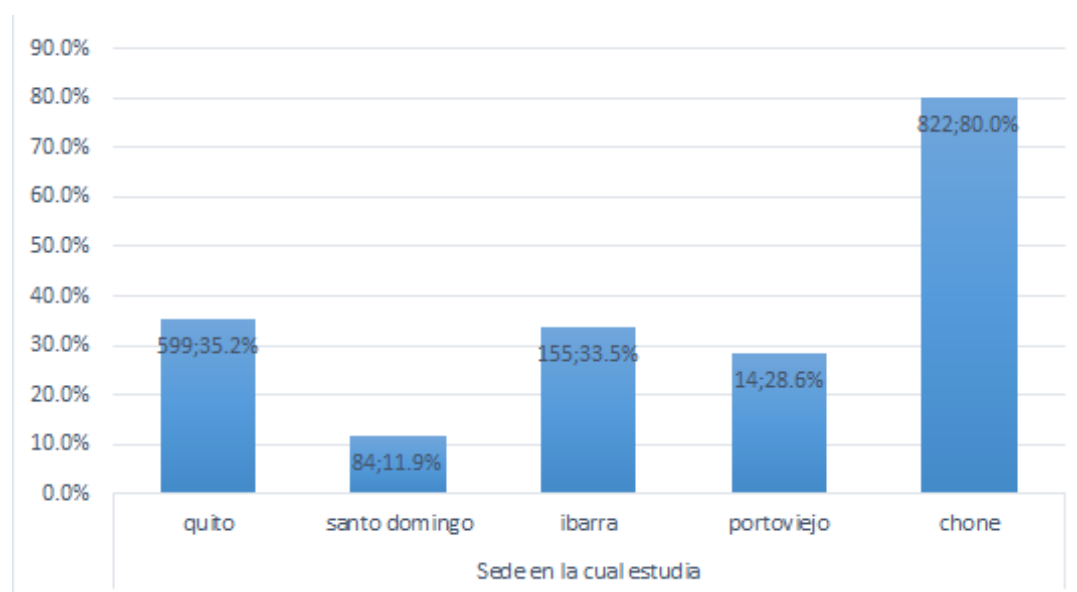
## 2. Patrones de consumo de tabaco.

De los 846 estudiantes encuestados, un 67,8% admitió haber fumado cigarrillos alguna vez en la vida, de los cuales el 76,8% son de sexo masculino y el 61,3% son de sexo femenino ( $p=0,01$ ).

En cuanto a la edad de inicio de consumo de tabaco, la media de inicio es los 16 años  $\pm$  2 años, con un mínimo de 7 años y un máximo de 22 años. Al clasificar dicho consumo por grupo etario, encontramos que en la adolescencia media (14 – 16 años) el 47,4% de los estudiantes ha iniciado el consumo de tabaco; del total de encuestados, el 50,4% son de sexo masculino y el 49,6% del sexo femenino ( $p=0,032$ ). (Tabla 5)

En los últimos 30 días, el 33% de los estudiantes aceptan haber fumado. Del total de encuestados, el 43,8% de estudiantes con sexo masculino y el 24,9% de estudiantes con sexo femenino, ha fumado el último mes ( $p=0,001$ ). (Gráfico 1)

**Gráfico 1. Consumo de tabaco en los últimos 30 días por Sedes. PUCE 2018.**

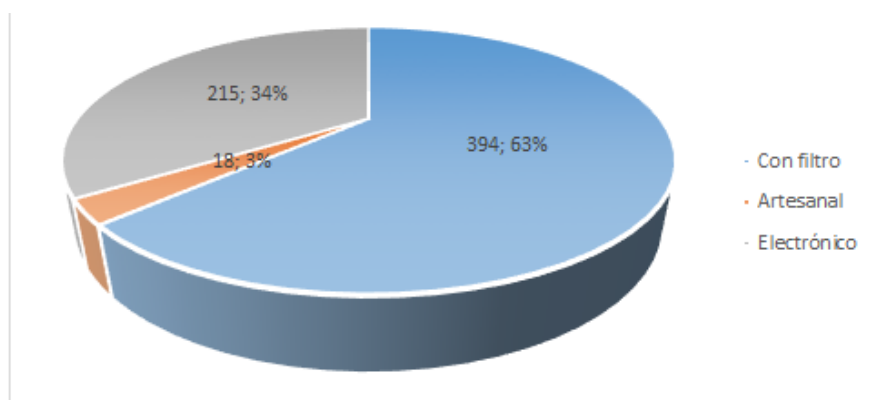


Elaborado por: Guerra V, Terán V 2019. Fuente: Encuestas estudio SULLY HELP.

En lo que concierne a la cantidad de cigarrillos consumida por los estudiantes, el 23,5% manifiesta haber consumido de 1 a 5 unidades en el último mes, mientras que, el 3,8% se asigna al consumo de 5 a 10 unidades y más de 10 unidades ( $p=0,000$ ).

El tipo de tabaco consumido mayoritariamente por los estudiantes, es el tabaco con filtro en un 63%, le sigue el tabaco electrónico en un 34% y el artesanal en un 3%. (Gráfico 2)

**Gráfico 2. Tipo de tabaco consumido por estudiantes de primer semestre PUCE 2018.**



Elaborado por: Guerra V, Terán V. Fuente: Encuestas estudio SULLY HELP.

El 60,3% de los estudiantes encuestados lleva fumando de uno a dos años, del total, el 63,5% de hombres y el 56,3% de mujeres ha fumado este tiempo. El 31,5% ha fumado de 3 a 5 años y el 8,3% declara fumar más de 5 años ( $p=0,148$ ). (Tabla 5).

**Tabla 5. Patrones de consumo de tabaco estudiantes PUCE primer semestre período 2018 (n=846)**

| Variable  | Total<br>Frecuencia y<br>porcentaje | Sexo                                  |                                      | Valor p |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------|
|   |                                     | Masculino<br>Frecuencia<br>porcentaje | Femenino<br>Frecuencia<br>Porcentaje |         |
| <b>¿Ha fumado cigarrillos alguna vez en la vida?</b>          |                                     |                                       |                                      | 0,01    |
| Si  | 574 (67,8%)                         | 274 (76,8%)                           | 300 (61,3%)                          |         |
| No  | 272 (32,2%)                         | 83 (23,2%)                            | 189 (38,7%)                          |         |
| <b>Edad inicio consumo de tabaco</b>                          |                                     |                                       |                                      | 0,03    |
| Infancia  | 10 (1,7%)                           | 8 (2,9%)                              | 2 (0,7%)                             |         |
| Adolescencia temprana   | 39 (6,8%)                           | 23 (8,4%)                             | 16 (3,3%)                            |         |
| Adolescencia media  | 272 (47,4%)                         | 137 (50%)                             | 135 (45%)                            |         |
| Adolescencia tardía   | 236 (41,1%)                         | 98 (35,8%)                            | 138 (46%)                            |         |
| Adulto joven  | 17 (3%)                             | 8 (2,9%)                              | 9 (3%)                               |         |
| <b>Ha fumado en los últimos 30 días</b>                       |                                     |                                       |                                      | 0,01    |
| Si  | 271 (33%)                           | 154 (43,8%)                           | 117 (24,9%)                          |         |
| No  | 551 (67%)                           | 198 (56,3%)                           | 353 (75,1%)                          |         |
| <b>Cuantos cigarrillos diarios ha fumado en el último mes</b> |                                     |                                       |                                      | 0,00    |
| Ninguno   | 545 (64,4%)                         | 199 (57,2%)                           | 346 (75,2%)                          |         |
| 1 -5  | 199 (23,5%)                         | 107 (30,7%)                           | 92 (20%)                             |         |
| 5-10  | 32 (3,8%)                           | 20 (5,7%)                             | 12 (2,6%)                            |         |
| Más de 10   | 32 (3,8%)                           | 22 (6,3%)                             | 10 (2,2%)                            |         |
| <b>Años fumando</b>   |                                     |                                       |                                      | 0,15    |
| 1-2   | 182 (60,3%)                         | 106 (63,5%)                           | 76 (56,3%)                           |         |
| 3 -5  | 95 (31,5%)                          | 45 (26,9%)                            | 50 (37%)                             |         |
| Más de 5  | 25 (8,3%)                           | 16 (9,6%)                             | 9 (6,7%)                             |         |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. Fuente: Encuestas estudio SULY HELP.

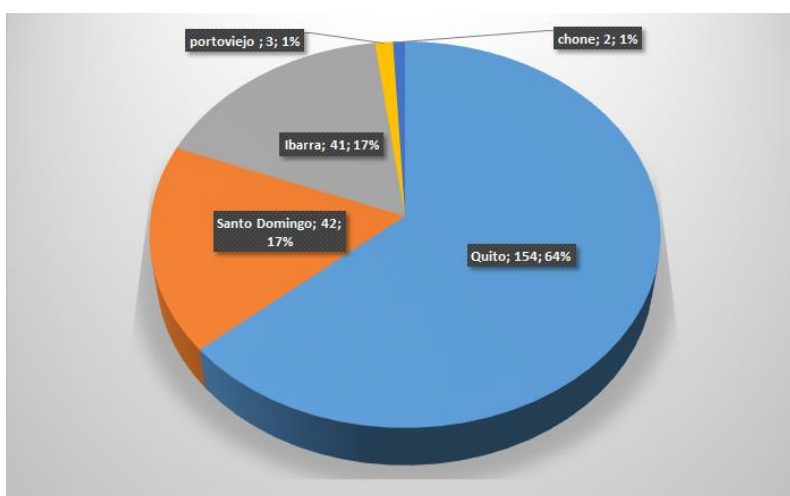
### 3. Patrones de consumo de alcohol.

El 91,9% de los estudiantes contestaron que han consumido alcohol alguna vez en su vida; el 93,6% de los hombres y el 90,8% de las mujeres lo han realizado ( $p=0.14$ ). (Tabla 6).

La media de inicio de consumo de alcohol es los 15 años +/-2 años; con un mínimo de 6 años y un máximo de 23 años. Dentro de la categorización por grupo etario, el 55,3% de los adolescentes medios (14 – 16 años) han registrado inicio del consumo de alcohol, del total el 55,4% de hombres y el 55.2% de mujeres iniciaron el consumo a esta edad ( $p=0.007$ ). (Tabla 6).

En los últimos 30 días, el 69,3% de los estudiantes declara haber consumido alcohol, del total el 76,5% son hombres y el 63,8% son mujeres ( $p=0.000$ ). (Tabla 6).

### Gráfico 3. Consumo de alcohol en los último 30 días por Sede estudiantes PUCE 2018



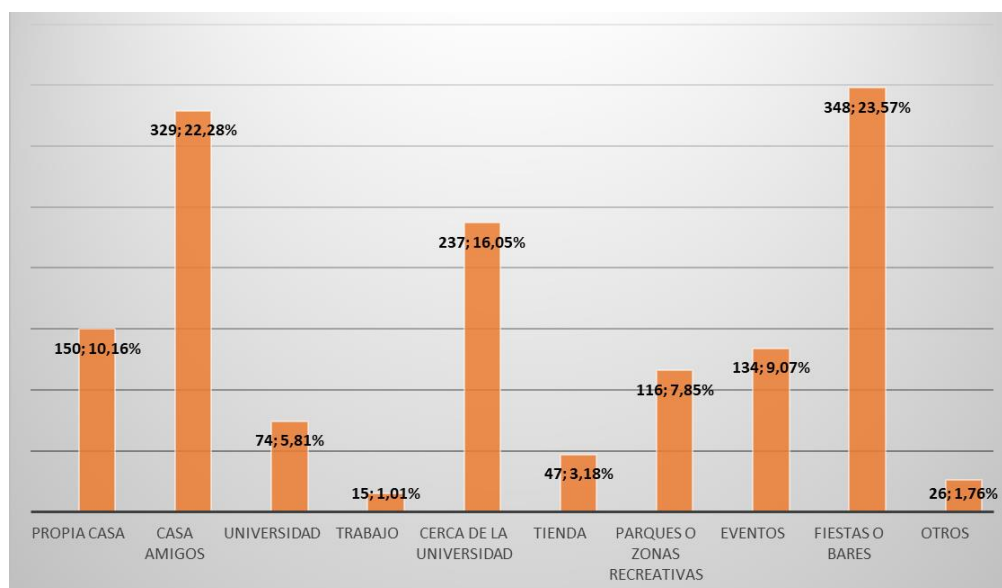
Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019 Fuente: Encuestas estudio SULY HELP

En cuanto a la frecuencia de consumo, el 54,9% de los estudiantes declara consumir una vez al mes o menos, el 33,8% consumen de 2 a 4 veces al mes; el 10% consume dos a tres veces a la semana, y el 1,4% 4 o más veces a la semana. ( $p=0,000$ ). (Tabla 6).

La cantidad de tragos consumidos cuando beben para 3 a 4 tragos es del 34,6%, de uno a dos el 29,7%, el 23% de cinco a seis tragos, y el 12,7% de siete a nueve tragos. Del total de hombres el 31,9% consume de 3 a 4 tragos, el 26,1% de 5 a 6 tragos, el 25,3% de uno a dos tragos y el 16,7% de 7 a 9 tragos. Mientras que el 36,4% de las mujeres toma de 3 a 4 tragos, el 32,7% de uno a dos tragos, el 20,9% de 5 a 6 tragos, y 9,9% de 7 a 9 tragos ( $p=0,011$ ). (Tabla 6).

Los lugares donde más frecuentemente consumen alcohol, tomando en cuenta que los estudiantes escogieron más de una opción son: 348 (23,57%) estudiantes ingieren alcohol en fiestas o bares, 329 (22,28%) estudiantes en casa de los amigos, 237 (16,05%) en lugares cercanos a la universidad, 150 (10,16%) en su propia casa, 134 (9,07%) en eventos, 116 (7,85%) en parques o zonas recreativas y 74 (5,81%) estudiantes declaran consumir dentro de la universidad. (Gráfico 4).

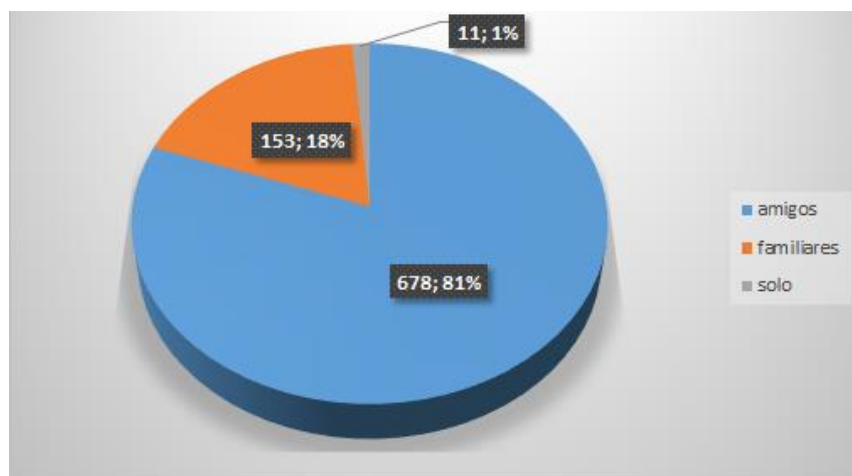
**Gráfico 4. Lugares de consumo de alcohol estudiantes primer semestre PUCE 2018**



Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019. Fuente: Encuestas estudio SULLY HELP

El 81% de los estudiantes consume alcohol con los amigos, el 18% con sus familiares y el 1% solos. (Tabla 6).

**Gráfico 5. Con quién consumen alcohol estudiantes primer semestre PUCE 2018**



Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019. Fuente: Encuestas estudio SULLY HELP

La frecuencia de consumo en los últimos 30 días, una vez al mes de cerveza es del 38,8% ( $p=0,000$ ), vino el 25,7% ( $p=0,27$ ), bebidas espumantes el 19,6% ( $p=0,26$ ) y tragos fuertes 39,9%

( $p=0,000$ ). Mientras el fin de semana, el consumo de cerveza es de 23,3%, vino 2,9%, bebidas espumantes 1,5% y tragos fuertes 19,2%. (Tabla 6).

Con respecto a la pregunta si tiene amigos o familiares que se emborrachen, el 71,7% dijeron que tienen amigos que se emborrachan, el 7,8% de los estudiantes tiene familiares que se emborrachen, y el 20,4% manifiesta no poseer ni amigos ni familiares que se emborrachen ( $p=0,11$ ). (Tabla 6).

**Tabla 6. Patrones de consumo de alcohol estudiantes PUCE primer semestre período 2018**

( $n=846$ )

| Variable  | Total<br>Frecuencia y<br>porcentaje | Sexo                                  |                                      | Valor p |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------|
|   |                                     | Masculino<br>Frecuencia<br>porcentaje | Femenino<br>Frecuencia<br>Porcentaje |         |
| <b>¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida?</b> |                                     |                                       |                                      | 0,14    |
| Si  | 776 (91,9%)                         | 334 (93,6%)                           | 442 (90,8%)                          |         |
| No  | 68 (8,1%)                           | 23 (6,4%)                             | 45 (9,2%)                            |         |
| <b>Edad inicio consumo de alcohol</b>               |                                     |                                       |                                      | 0,00    |
| Infancia  | 16 (2,1%)                           | 11 (3,4%)                             | 5 (1,2%)                             |         |
| Adolescencia temprana                               | 63 (8,3%)                           | 34 (10,5%)                            | 29 (6,7%)                            |         |
| Adolescencia media                                  | 418 (55,3%)                         | 179 (55,4%)                           | 239 (55,2%)                          |         |
| Adolescencia tardía                                 | 247 (32,7%)                         | 91 (28,2%)                            | 156 (36%)                            |         |
| Adulto joven  | 12 (1,6%)                           | 8 (2,5%)                              | 4 (0,9%)                             |         |
| <b>Ha tomado alcohol en los últimos 30 días</b>     |                                     |                                       |                                      | 0,00    |
| Si  | 546 (69,3%)                         | 260 (76,5%)                           | 286 (63,8%)                          |         |
| No  | 242 (30,7%)                         | 80 (23,5%)                            | 162 (36,2%)                          |         |
| <b>Con que frecuencia consume alcohol</b>           |                                     |                                       |                                      | 0,00    |
| 1 vez al mes o menos                                | 406 (54,9%)                         | 156 (48,6%)                           | 250 (59,7%)                          |         |
| 2 – 4 veces al mes                                  | 250 (33,8%)                         | 109 (34%)                             | 141 (33,7%)                          |         |
| 2 -3 veces a la semana                              | 74 (10%)                            | 49 (15,3%)                            | 25 (6%)                              |         |
| 4 o más veces a la semana                           | 10 (1,4%)                           | 7 (2,2%)                              | 3 (0,7%)                             |         |

| <b>¿Cuántos tragos suele tomar cuando bebe alcohol?</b> |             |            | 0,01        |
|---|-------------|------------|-------------|
| 1-2   | 190 (29,7%) | 65 (25,3%) | 125 (32,7%) |
| 3 -4  | 221 (34,6%) | 82 (31,9%) | 139 (36,4%) |
| 5-6   | 147 (23%)   | 67 (26,1%) | 80 (20,9%)  |
| 7 -9  | 81 (12,7%)  | 43 (16,7%) | 38 (9,9%)   |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019. Fuente: Encuestas estudio SULY HELP

#### **4. AUDIT**

##### **4.1 Consumo de riesgo alcohólico.**

###### **Pregunta 1 ¿Con qué frecuencia ha tomado 6 o más tragos en un día?**

El 41,2% de los estudiantes manifiesta haber tomado alcohol menos de una vez al mes, 6 o más tragos en un día. El 35% nunca, el 15% mensual, el 8,6% semanal y 0,3% de estudiantes a diario ( $p=0,000$ ). (Tabla 7).

###### **Pregunta 2 ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que empezó?**

El 72,5% de los estudiantes declara que nunca, el 15,1% refiere que menos de una vez al mes, el 6,4% mensual, el 3% semanal y el 3% a diario ( $p=0,005$ ). (Tabla 7).

###### **Pregunta 3 ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de Ud., porque había bebido?**

El 73,8% de los estudiantes indica que nunca, el 19,1% indican que menos de una vez al mes, el 5,2% mensual, el 1,2% semanal y el 0,07% a diario ( $p=0,005$ ). (Tabla 7).

El 79,5% de los estudiantes presenta consumo de riesgo de alcohol. (Tabla 7)

##### **4.2 Síntomas de dependencia alcohólica.**

###### **Pregunta 4 ¿Con qué frecuencia necesito beber en ayunas para recuperarse luego de haber bebido?**

El 89,8% de los estudiantes manifiesta que nunca ha necesitado beber en ayunas para recuperarse, el 6,2% ha requerido beber en ayunas menos de una vez al mes, el 2,2% lo ha hecho mensualmente, el 0,9% semanal y el 0,9% lo ha realizado a diario ( $p=0,001$ ). (Tabla 7).

**Pregunta 5 ¿Con qué frecuencia ha sentido remordimiento o culpa después de haber bebido?**

El 59,4% declara que nunca, el 26,6% ha sentido remordimiento menos de una vez al mes, el 7,6% lo ha sentido mensualmente, el 2,3% semanalmente y el 4% a diario ( $p=0,000$ ). (Tabla 7).

**Pregunta 6 ¿Con qué frecuencia no pudo recordar lo que sucedió la noche anterior por estar bebiendo?**

El 68,6% indican que nunca, el 21% menos de una vez al mes, el 5,5% mensual, el 1,7% semanal y el 3,2% a diario ( $p=0,007$ ). (Tabla 7).

El 37,1% de los estudiantes presenta síntomas de dependencia alcohólica. (Tabla 7).

**Tabla 7. AUDIT, estudiantes primer semestre PUCE 2018 (n= 846)**

| Variable   | Total<br>Frecuencia y<br>porcentaje | Sexo                                  |                                      | Valor p |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------|
|  |                                     | Masculino<br>Frecuencia<br>porcentaje | Femenino<br>Frecuencia<br>Porcentaje |         |
| <b>¿Con que frecuencia ha tomado 6 o más tragos en un día?</b>                   |                                     |                                       |                                      | 0,00    |
| Nunca  | 273 (35%)                           | 101 (30,1%)                           | 172 (38,7%)                          |         |
| < 1 vez al mes   | 321 (41,2%)                         | 131 (39%)                             | 190 (42,8%)                          |         |
| Mensual  | 117 (15%)                           | 60 (17,9%)                            | 57 (12,8%)                           |         |
| Semanal  | 67 (8,6%)                           | 42 (12,5%)                            | 25 (5,6%)                            |         |
| Diario   | 2 (0,3%)                            | 2 (0,6%)                              | 0 (0%)                               |         |
| <b>¿Con que frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que empezó?</b> |                                     |                                       |                                      | 0,00    |
| Nunca  | 557 (72,5%)                         | 219 (65,6%)                           | 338 (77,9%)                          |         |
| < 1 vez al mes   | 116 (15,1%)                         | 63 (18,9%)                            | 53 (12,2%)                           |         |
| Mensual  | 49 (6,4%)                           | 28 (8,4%)                             | 21 (4,8%)                            |         |
| Semanal  | 23 (3%)                             | 11 (3,3%)                             | 12 (2,8%)                            |         |
| Diario   | 23 (3%)                             | 13 (3,9%)                             | 10 (2,3%)                            |         |

**¿Con que frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?** 0,00

|                |             |             |             |
|----------------|-------------|-------------|-------------|
| Nunca          | 567 (73,8%) | 222 (67,1%) | 345 (78,9%) |
| < 1 vez al mes | 147 (19,1%) | 78 (23,6%)  | 69 (15,8%)  |
| Mensual        | 40 (5,2%)   | 23 (6,9%)   | 17 (3,9%)   |
| Semanal        | 9 (1,2%)    | 6 (1,8%)    | 3 (0,7%)    |
| Diario         | 5 (0,7%)    | 2 (0,6%)    | 3 (0,7%)    |

**¿Con que frecuencia necesitó beber en ayunas para recuperarse luego de haber bebido?** 0,00

|                |             |             |             |
|----------------|-------------|-------------|-------------|
| Nunca          | 692 (89,8%) | 281 (84,6%) | 411 (93,6%) |
| < 1 vez al mes | 48 (6,2%)   | 29 (8,7%)   | 19 (4,3%)   |
| Mensual        | 17 (2,2%)   | 11 (3,3%)   | 6 (1,4%)    |
| Semanal        | 7 (0,9%)    | 6 (1,8%)    | 1 (0,2%)    |
| Diario         | 7 (0,9%)    | 5 (1,5%)    | 2 (0,5%)    |

**¿Con que frecuencia ha sentido remordimiento o culpa después de haber bebido?** 0,00

|                |             |             |             |
|----------------|-------------|-------------|-------------|
| Nunca          | 459 (59,4%) | 195 (58,4%) | 264 (60,1%) |
| < 1 vez al mes | 206 (26,6%) | 75 (22,5%)  | 131 (29,8%) |
| Mensual        | 59 (7,6%)   | 32 (9,6%)   | 27 (6,2%)   |
| Semanal        | 18 (2,3%)   | 15 (4,5%)   | 3 (0,7%)    |
| Diario         | 31 (4%)     | 17 (5,1%)   | 14 (3,2%)   |

**¿Con que frecuencia no pudo recordar lo que sucedió la noche anterior por estar bebiendo?** 0,00

|                |             |            |             |
|----------------|-------------|------------|-------------|
| Nunca          | 528 (68,6%) | 208 (63%)  | 320 (72,7%) |
| < 1 vez al mes | 162 (21%)   | 73 (22,1%) | 89 (20,2%)  |
| Mensual        | 42(5,5%)    | 26 (7,9%)  | 16 (3,6%)   |
| Semanal        | 13 (1,7%)   | 8 (2,4%)   | 5 (1,1%)    |
| Diario         | 25 (3,2%)   | 15 (4,5%)  | 10 (2,3%)   |

**¿Con que frecuencia el consumo de alcohol ha causado problemas social, legal o económico?** 0,00

|                |             |             |             |
|----------------|-------------|-------------|-------------|
| Nunca          | 471 (58,4%) | 181 (53,4%) | 290 (62,1%) |
| < 1 vez al mes | 221 27,4%)  | 97 (28,6%)  | 124 (26,6%) |
| Mensual        | 66 (8,2%)   | 29 (8,6%)   | 37 (7,9%)   |

|         |         |           |           |
|---------|---------|-----------|-----------|
| Semanal | 48 (6%) | 32 (9,4%) | 16 (3,4%) |
| Diario  | 0(0%)   | 0 (0%)    | 0 (0%)    |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019. Fuente: Encuestas estudio SULY HELP

### 5. Patrones de consumo de drogas.

El 68,1% de los estudiantes declara no haber consumido drogas nunca, el 17% manifiesta que ha probado una vez y el 14,9% indican que han probado una o más veces. ( $p=0,000$ ). (Tabla 8)

La media de inicio de consumo de drogas es de 17 años +/- 1.7 años, con un mínimo de 12 años y un máximo de 23 años. En cuanto a la categorización por grupo etario encontramos que la adolescencia tardía (17 – 19 años), inició el consumo de drogas con un 60,4%. (Tabla 8)

El 77,9% de los estudiantes manifiesta que no tiene familiares que consumen drogas, mientras que el 15,8% tiene un familiar y el 6,3% tiene dos o más familiares que consumen. Por otra parte, el 75% de los estudiantes tiene dos o más amigos que consumen drogas, el 14,9% indica no tener amigos con consumo de drogas, el 0,1% manifiesta tener un amigo con consumo de drogas. ( $p=0,17$ ). (Tabla 8)

En lo que respecta el consumo de la marihuana, el 32,7% de los estudiantes indica haber consumido una sola vez, el último año el 32%, nunca un 21,5% y en el último mes 13,9% ( $p=0,76$ ). (Tabla tabla7)

El 89,5% de los estudiantes manifiestan no haber consumido nunca cocaína, han consumido una sola vez el 5,2%, en el último año el 4,5% y en el último mes el 0,7% ( $p=0,57$ ). (Tabla 8)

En el consumo de LSD, el 93,3% de los estudiantes no han consumido nunca esta sustancia, una sola vez el 3,7%, y en el último año el 3% ( $p=0,038$ ). (Tabla 8)

El 94,4% de los estudiantes indica no haber consumido nunca alucinógenos, una sola vez el 3%, en el último año el 1,5% y en el último mes 1,1% ( $p=0,076$ ). (Tabla 8)

Tabla 8. Patrones de consumo de drogas estudiantes primer semestre PUCE 2018. (n=831)

| Variable   | Total<br>Frecuencia y<br>porcentaje | Sexo                                  |                                      | Valor p |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------|
|  |                                     | Masculino<br>Frecuencia<br>porcentaje | Femenino<br>Frecuencia<br>Porcentaje |         |
| <b>¿Alguna vez probó alguna droga o sustancia ilícita?</b> |                                     |                                       |                                      | 0,00    |
| Nunca  | 566 (68,1%)                         | 199 (57%)                             | 367 (76,1%)                          |         |
| Una vez  | 141 (17%)                           | 80 (22,9%)                            | 61 (12,7%)                           |         |
| 2 o más veces  | 124 (14,9%)                         | 70 (20,1%)                            | 54 (11,2%)                           |         |
| <b>Edad inicio consumo de drogas</b>                       |                                     |                                       |                                      | 0,72    |
| Infancia   | 0 (0%)                              | (0%)                                  | (0%)                                 |         |
| Adolescencia temprana                                      | 6 (2,4%)                            | 4 (2,7%)                              | 2 (1,8%)                             |         |
| Adolescencia media   | 74 (29%)                            | 41 (28,1%)                            | 33 (30,3%)                           |         |
| Adolescencia tardía  | 154 (60,4%)                         | 91 (62,3 %)                           | 63 (57,8%)                           |         |
| Adulto joven   | 21 (8,2%)                           | 10 (6,8%)                             | 11 (10,1%)                           |         |
| <b>¿Tiene familiares que consuman drogas?</b>              |                                     |                                       |                                      | 0,48    |
| Ninguno  | 187 (77,9%)                         | 104 (80,6%)                           | 83 (74,8%)                           |         |
| Uno  | 38 (15,8%)                          | 17 (13,2%)                            | 21 (18,9%)                           |         |
| 2 o más  | 15 (6,3%)                           | 8 (6,2%)                              | 7 (6,3%)                             |         |
| <b>¿Tiene amigos que consuman drogas?</b>                  |                                     |                                       |                                      | 0,00    |
| Ninguno  | 40 (14,9%)                          | 16 (11,3%)                            | 24 (18,9%)                           | 0,17    |
| Uno  | 27 (0,1%)                           | 13 (9,2%)                             | 14 (11%)                             |         |
| 2 o más  | 201 (75%)                           | 112 (79,4%)                           | 89 (70,1%)                           |         |
| <b>¿Ha consumido marihuana?</b>                            |                                     |                                       |                                      | 0,76    |
| En el último año   | 97 (32%)                            | 56 (32,9%)                            | 41 (30,8%)                           |         |
| En el último mes   | 42 (13,9%)                          | 23 (13,5%)                            | 19 (14,3%)                           |         |
| Una sola vez   | 99 (32,7%)                          | 58 (34,1%)                            | 41 (30,8%)                           |         |
| Nunca  | 65 (21,5%)                          | 33 (19,4%)                            | 32 (24,1%)                           |         |
| <b>¿Ha consumido cocaína?</b>                              |                                     |                                       |                                      | 0,58    |
| En el último año   | 12 (4,5%)                           | 6 (4%)                                | 6 (5,2%)                             |         |
| En el último mes   | 2 (0,7%)                            | 2 (1,3%)                              | 0 (0%)                               |         |
| Una sola vez   | 14 (5,2%)                           | 7 (4,6%)                              | 7 (6%)                               |         |
| Nunca  | 136 (89,5%)                         | 136 (90,1%)                           | 103 (88,8%)                          |         |
| <b>¿Ha consumido LSD?</b>                                  |                                     |                                       |                                      | 0,03    |
| En el último año   | 8 (3%)                              | 8 (5,3%)                              | 0 (0%)                               |         |

|                                    |             |             |             |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Una sola vez                       | 10 (3,7%)   | 5 (3,3%)    | 5 (4,2%)    |
| Nunca                              | 251 (93,3%) | 138 (91,4%) | 113 (95,8%) |
| <b>¿Ha consumido alucinógenos?</b> |             |             | 0,07        |
| En el último año                   | 4 (1,5%)    | 4 (2,6%)    | 0 (0%)      |
| En el último mes                   | 3 (1,1%)    | 3(2%)       | 0 (0%)      |
| Una sola vez                       | 8 (3%)      | 6 (4%)      | 2 (1,7%)    |
| Nunca                              | 253 (94,4%) | 138 (91,4%) | 115 (98,3%) |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019. Fuente: Encuestas estudio SULY HELP

## 6. Características de la familia de los estudiantes primer semestre de la PUCE.

Dentro de las características familiares de los estudiantes, el 51,9% proviene de familias biparentales, el 26,5% de familias monoparentales, el 3,4% tiene su familia reconstituida, el 8,5% actualmente vive con la familia ampliada, el 2,5% de los estudiantes vive en equivalentes familiares, el 6,3% corresponde a la clasificación de personas sin familia y, el 0,9% vive como pareja sola. (Tabla 9)

El 46,9% responde en el cuestionario FFSIL, tener una familia funcional; el 40% de los estudiantes tiene una familia moderadamente funcional, el 10,9% tiene una familia disfuncional y el 2,2% tiene una familia severamente disfuncional. (Tabla 9)

En lo que concierne a los límites familiares sobre los estudios se encontró que el 38,8% de los estudiantes tiene límites flexibles, el 16,8% posee límites difusos y el 44,4% tiene límites rígidos. Por otra parte, dentro de los límites de la familia sobre la vida sentimental de los estudiantes se encontró que el 34,7% posee límites flexibles, el 50,7% límites difusos y el 14,6% posee límites rígidos. En los límites familiares sobre las actividades de diversión de los estudiantes se observó que el 42,9% tiene límites flexibles, el 30,5% límites difusos y el 26,6% posee límites rígidos. El límite familiar sobre los amigos de los estudiantes se evidenció el 41,4% para los límites flexibles, el 36,7% para el límite difuso, y el 21,9% tiene límites rígidos. (Tabla 9)

**Tabla 9. Características de la familia y grupo con el que viven los estudiantes del primer semestre PUCE período 2018 (n=846)**

|  | <b>FRECUENCIA</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|--|-------------------|-------------------|
| <b><i>ESTADO CIVIL DE SUS PADRES</i></b> |                   |                   |
| <b>Casado/a</b>                          | 507               | 59,9%             |
| <b>Soltero/a</b>                         | 40                | 4,7%              |
| <b>Divorciado/a</b>                      | 138               | 16,3%             |
| <b>Separado/a</b>                        | 61                | 7,2%              |
| <b>Convive/ unión libre</b>              | 44                | 5,2%              |
| <b>Viudo/a</b>                           | 39                | 4,6%              |
| <b>No sabe/ no responde</b>              | 17                | 2,6%              |
| <b><i>CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE</i></b> |                   |                   |
| <b>Padres</b>                            | 439               | 51,9%             |
| <b>Madre</b>                             | 199               | 23,5%             |
| <b>Padre</b>                             | 25                | 3%                |
| <b>Madre y padrastro</b>                 | 27                | 3,2%              |
| <b>Padre y madrastra</b>                 | 2                 | 0,2%              |
| <b>Otro familiar</b>                     | 72                | 8,5%              |
| <b>Pareja</b>                            | 8                 | 0,9%              |
| <b>Compañero de departamento</b>         | 21                | 2,5%              |
| <b>Solo</b>                              | 53                | 6,3%              |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019. Fuente: Encuestas estudio SULY HELP

### **7. Asociación de consumo de tabaco con función y límites familiares.**

De los estudiantes que sí consumen tabaco, el 45% provienen de familias funcionales, el 40,2% de familias moderadamente funcionales, el 15,8% de familias disfuncionales, y el 3% de familias severamente disfuncionales. (Tabla 10).

Los estudiantes que tienen familias moderadamente funcionales tienen 1,05 mayor prevalencia de consumo de tabaco en comparación con aquellos que vienen de familias funcionales (IC 95% : 0,77 – 1,44), no es estadísticamente significativo ( $p=0,7$ ). (Tabla 10).

Los estudiantes con familias disfuncionales tienen 1,2 veces mayor prevalencia de consumo de tabaco que aquellos que tienen familias funcionales (IC 95%: 0,75 – 1,99), no es estadísticamente significativo ( $p=0,40$ ). (Tabla 10).

En cuanto a los estudiantes que provienen de familias severamente disfuncionales tienen 1,56 veces más prevalencia de consumo de tabaco que aquellos que provienen de familias funcionales (IC 95%: 0,61 – 3,98), lo cual no es estadísticamente significativo ( $p=0,35$ ). (Tabla 10).

En cuanto a los límites familiares sobre los estudios, se encontró que los estudiantes que sí consumen tabaco el 42,6% tiene límites rígidos con un OR de 0,88 (IC 95%: 0,64 - 1,22  $p= 0,47$  no significativo), el 40% límites flexibles y el 17,4% difusos con un OR de 1,01 (IC 95%: 0,66 - 1,54  $p=0,95$ ), sin ser estadísticamente significativo. (Tabla 10).

De los estudiantes que sí consumen tabaco y los límites sobre la vida sentimental, el 56,3% de estos tiene límites difusos, el 34,7% posee límites flexibles y el 9% límites rígidos con un OR de 0,50 (IC 95%: 0,30 - 0,83;  $p= 0,08$  no significativo) (Tabla 10).

En los límites familiares sobre las actividades de diversión, se encontró que el 42,6% de los estudiantes que sí fuman poseen límites flexibles, el 31,5% tiene límites difusos con un OR de 1,03 (IC 95%: 0,73 - 1,46  $p=0,83$ ) y el 25,9% posee límites rígidos con un OR de 0,96 (IC 95%: 0,96 - 1,38  $p= 0,83$  no significativo). (Tabla 10).

En lo que respecta a los límites familiares sobre los amigos, los estudiantes que sí fuman tienen el 41,9% posee límites flexibles, el 38,1% tiene límites difusos con un OR de 1,05 (IC 95%: 0,76 - 1,46  $p= 0,74$  no significativo) y el 20% posee límites rígidos con un OR de 0,88 (IC 95%: 0,59 - 1,31  $p= 0,54$ ), lo cual no fue estadísticamente significativo. (Tabla 10).

**Tabla 10. Asociación consumo de tabaco en el último mes, funcionalidad familiar y límites familiares estudiantes primer semestre PUCE 2018(n=822)**

| <b>Funcionalidad familiar</b>                         | <b>Consumo de tabaco</b> |                 | <b>OR (IC 95%)</b>  | <b>Valor p</b> |
|---|--------------------------|-----------------|---------------------|----------------|
|   | <b>Si n (%)</b>          | <b>No n (%)</b> |                     |                |
| Funcional   | 122 (45%)                | 262 (47,5%)     | Referencia          |                |
| Moderadamente funcional                               | 109 (40,2%)              | 222 (40,3%)     | 1,05 (0,77 – 1,44)  | 0,7            |
| Disfuncional  | 32 (11,8%)               | 56 (10,2%)      | 1,22 (0,75 – 1,99)  | 0,40           |
| Severamente disfuncional                              | 8 (3%)                   | 11 (2%)         | 1,56 (0,61 – 3,98)  | 0,35           |
| <b>Límites familiares en estudios</b>                 |                          |                 |                     |                |
| Flexible  | 108 (40%)                | 207 (38,1%)     | Referencia          |                |
| Difuso  | 47 (17,4%)               | 89 (16,4%)      | 1,01 (0,66 – 1,54)  | 0,95           |
| Rígido  | 115 (42,6%)              | 248 (45,6%)     | 0,88 (0,64 – 1,22)  | 0,48           |
| <b>Límites familiares en vida sentimental</b>         |                          |                 |                     |                |
| Flexible  | 93 (34,7%)               | 186 (34,3%)     | Referencia          |                |
| Difuso  | 151 (56,3%)              | 260 (48%)       | 1,16 (0,84 – 1,59)  | 0,35           |
| Rígido  | 24 (9%)                  | 96 (17,7%)      | 0,50 (0,30 – 0,83)  | 0,00           |
| <b>Límites familiares en actividades de diversión</b> |                          |                 |                     |                |
| Flexible  | 115 (42,6%)              | 232 (42,6%)     | Referencia          |                |
| Difuso  | 85 (31,5 %)              | 165 (30,3%)     | 1,03 (0,73 – 1,46)  | 0,82           |
| Rígido  | 70 (25,9%)               | 147 (27%)       | 0,96 (0,66 – 1,38)  | 0,82           |
| <b>Límites familiares sobre amigos</b>                |                          |                 |                     |                |
| Flexible  | 113 (41,9%)              | 226 (41,6%)     | Referencia          |                |
| Difuso  | 103 (38,1%)              | 195 (35,9%)     | 1,05 (0,76 – 1,46)  | 0,74           |
| Rígido  | 54 (20%)                 | 122 (22,5%)     | 0,88 (0,598 – 1,31) | 0,54           |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019. Fuente: Encuestas estudio SULY HELP

### **8. Asociación de consumo de alcohol con función y límites familiares.**

Los estudiantes de familias severamente disfuncionales tuvieron 1,16 veces mayor prevalencia de consumo del alcohol en los últimos 30 días, comparado con los estudiantes de familias funcionales (IC 95%: 0,40 – 3,35), aunque no fue estadísticamente significativo.

En lo que respecta a los estudiantes que vienen de familias moderadamente funcionales tienen 1,03 mayor prevalencia de consumo de alcohol (IC 95%: 0,74 – 1,43)  $p=0,83$ , no estadísticamente significativo.

Existe 0,96 veces mayor prevalencia de consumo de alcohol en familias disfuncionales (IC 95% 0,57 – 1,6)  $p=0,90$ , en comparación con los estudiantes de familias funcionales. (Tabla 11).

Los estudiantes cuyos padres tienen límites rígidos en la vida sentimental presentaron 0,53 veces menor prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días, que los estudiantes con límites flexibles en su vida sentimental, (IC 95%: 0,33 – 0,84), estadísticamente significativo  $p$  menor a 0,05. (Tabla 11)

En lo que respecta a los límites familiares sobre los estudios y el consumo de alcohol, los estudiantes que tiene límites difusos tiene un 0,69 veces menos consumo de alcohol, en comparación con los estudiantes con límites flexibles (IC 95%: 0,44 – 1,07), no estadísticamente significativo con un valor de  $p$  de 1,02. Los estudiantes con límites rígidos sobre los estudios presentan 0,78 veces mayor consumo de alcohol en los últimos 30 días, en comparación con los estudiantes con límites flexibles, (IC 95%: 0,55 – 1,09), no significativo con un valor de  $p$  de 0,15. (Tabla 11).

En los límites familiares sobre las actividades de diversión, se observó que los estudiantes con límites difusos presentan 0,90 veces menor consumo de alcohol en los últimos 30 días, en comparación con los que tiene límites flexibles, (IC 95%: 0,63 – 1,30), no estadísticamente significativo con un valor de  $p$  0,59. Los estudiantes que tienen límites rígidos en las actividades de diversión tiene 0,74 veces menos consumo que aquellos que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,51 – 1,08), no significativo con un valor de  $p$  de 0,12. (Tabla 11)

En lo que concierne el consumo de alcohol y los límites familiares sobre los amigos, se encontró que los estudiantes con límites difusos presentaron 0,93 veces menor consumo que aquellos que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,65 – 1,32), no estadísticamente significativo, con un valor de p de 0,69. Los estudiantes con límites rígidos presentan 0,66 veces menos consumo de alcohol en los últimos 30 días, en comparación con los estudiantes con límites flexibles, (IC 95%: 0,44 – 0,99), no significativo con valor de p de 0,45. (Tabla 11)

**Tabla 11. Asociación de consumo de alcohol en los últimos 30 días con funcionalidad familiar y límites familiares en los estudiantes de primer semestre PUCE 2018. (n=778)**

| Funcionalidad familiar                                | Consumo     |             | OR (IC 95%)        | Valor p |
|---|-------------|-------------|--------------------|---------|
|   | Si<br>n (%) | No<br>n (%) |                    |         |
| Funcional   | 249 (45,6%) | 112 (46,3%) | Referencia         |         |
| Moderadamente funcional                               | 228(41,8%)  | 99 (40,9%)  | 1,03 (0,74 – 1,43) | 0,83    |
| Disfuncional  | 56 (10,3%)  | 26 (10,7%)  | 0,96 (0,57 – 1,6)  | 0,90    |
| Severamente disfuncional                              | 13 (2,4%)   | 5 (2,1%)    | 1,16 (0,40 – 3,35) | 0,77    |
| <b>Límites familiares en estudios</b>                 |             |             |                    |         |
| Flexible  | 218 (40,1%) | 80 (33,6%)  | Referencia         |         |
| Difuso  | 89 (16,4%)  | 47 (19,7%)  | 0,69 (0,44 – 1,07) | 1,02    |
| Rígido  | 236 (43,5%) | 111 (46,6%) | 0,78 (0,55 – 1,09) | 0,15    |
| <b>Límites familiares en vida sentimental</b>         |             |             |                    |         |
| Flexible  | 185 (34,2%) | 83 (35,2%)  | Referencia         |         |
| Difuso  | 299 (55,3%) | 105 (44,5%) | 1,27 (0,90 – 1,79) | 0,16    |
| Rígido  | 57 (10,5%)  | 48 (20,3%)  | 0,53 (0,33 – 0,84) | 0,00    |
| <b>Límites familiares en actividades de diversión</b> |             |             |                    |         |
| Flexible  | 240 (44,3%) | 94 (39,7%)  | Referencia         |         |
| Difuso  | 169 (31,2%) | 73 (30,8%)  | 0,90 (0,63 – 1,30) | 0,59    |
| Rígido  | 133 (24,5%) | 70 (29,5%)  | 0,74 (0,51 – 1,08) | 0,12    |
| <b>Límites familiares sobre amigos</b>                |             |             |                    |         |
| Flexible  | 235 (43,2%) | 90 (38,5%)  | Referencia         |         |
| Difuso  | 207 (38,1%) | 85 (36,3%)  | 0,93 (0,65 -1,32)  | 0,69    |
| Rígido  | 102 (18,8%) | 59 (25,2%)  | 0,66 (0,44 – 0,99) | 0,45    |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019 Fuente: Encuestas estudio SULY HELP

En los estudiantes que tienen *consumo de riesgo de alcohol*, los estudiantes con familias moderadamente funcionales tienen 1,03 veces mayor de consumo de riesgo de alcohol, en comparación con los estudiantes que provienen de familias funcionales, (IC 95%: 0,74 – 1,43), no estadísticamente significativo con un valor de p de 0,83. Los estudiantes que provienen de familias disfuncionales tiene 0,96 veces menor prevalencia de consumo riesgoso de alcohol, en comparación con los estudiantes que tienen familias funcionales, (IC 95%: 0,57 – 1,6), no significativo con valor de p de 0,90. (Tabla 12).

Los estudiantes que tiene límites difusos sobre los estudios tiene 0,73 veces menos consumo de riesgo de alcohol, en comparación con los estudiantes que tienen límites flexibles sobre los estudios, (IC 95%: 0,41 – 1,31), no estadísticamente significativo, con un valor de 0,30. Los estudiantes que tiene límites rígidos sobre los estudios tienen 0,74 veces menos consumo de riesgo de alcohol en comparación con los que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,48 – 1,15), no significativo con valor de p de 0,18. (Tabla 12).

En lo que concierne a los límites familiares sobre la vida sentimental, los estudiantes que tienen límites difusos tienen 1,04 veces mayor consumo de riesgo de alcohol, (IC 95%: 0,67 – 1,62), no estadísticamente significativo, con un valor de p de 0,84. Los estudiantes que tienen límites rígidos sobre la vida sentimental tiene 0,55 veces menor consumo de riesgo de alcohol, que los estudiantes que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,31 – 0,97), siendo estadísticamente significativo con valor de p de 0,04. (Tabla 12).

Los estudiantes que tienen límites difusos sobre las actividades de diversión tiene 0,82 veces menor consumo riesgoso de alcohol, en comparación de aquellos estudiantes con límites flexibles, (IC 95%: 0,52 – 1,29), no estadísticamente significativo, con un valor de p de 0,39. Los estudiantes con límites rígidos presentan 1,34 veces mayor consumo de riesgo de alcohol, que aquellos que

tienen límites flexibles sobre las actividades de diversión, (IC 95%: 0,81 – 2,23), no significativo con valor de p de 0,25. (Tabla 12).

**Tabla 12. Asociación entre consumo de riesgo de alcohol con funcionalidad familiar y límites familiares estudiantes primer semestre PUCE 2018 (n=607)**

| <b>Funcionalidad familiar</b>                         | <b>Consumo de riesgo de alcohol</b> |                 | <b>OR (IC 95%)</b>  | <b>Valor p</b> |
|---|-------------------------------------|-----------------|---------------------|----------------|
|   | <b>Si n (%)</b>                     | <b>No n (%)</b> |                     |                |
| Funcional   | 229 (46,9%)                         | 62 (49,2%)      | Referencia          |                |
| Moderadamente funcional                               | 202 (41,4%)                         | 49 (38,9%)      | 1,11 (0,73 – 1,69)  | 0,60           |
| Disfuncional  | 48 (9,8%)                           | 14 (11,1%)      | 0,92 (0,48 – 1,79)  | 0,82           |
| Severamente disfuncional                              | 9 (1,8%)                            | 1 (0,8%)        | 2,43 (0,30 – 19, 6) | 0,40           |
| <b>Límites familiares en estudios</b>                 |                                     |                 |                     |                |
| Flexible  | 199 (41,1%)                         | 43 (34,1%)      | Referencia          |                |
| Difuso  | 75 (15,5%)                          | 22 (17,5 %)     | 0,73 (0,41 – 1,31)  | 0,30           |
| Rígido  | 210 (43,4%)                         | 61 (48,4%)      | 0,74 (0,48 – 1,15)  | 0,18           |
| <b>Límites familiares en vida sentimental</b>         |                                     |                 |                     |                |
| Flexible  | 182 (37,8%)                         | 44 (35,2 %)     | Referencia          |                |
| Difuso  | 242 (50,3%)                         | 56 (44,8%)      | 1,04 (0,67 – 1,62)  | 0,84           |
| Rígido  | 57 (11,9%)                          | 25 (20%)        | 0,55 (0,31 – 0,97)  | 0,04           |
| <b>Límites familiares en actividades de diversión</b> |                                     |                 |                     |                |
| Flexible  | 215 (44,6%)                         | 57 (45,2%)      | Referencia          |                |
| Difuso  | 130 (27%)                           | 42 (33,3%)      | 0,82 (0,52 – 1,29)  | 0,39           |
| Rígido  | 137 (28,4%)                         | 27 (21,4%)      | 1,34 (0,81 – 2,23)  | 0,25           |
| <b>Límites familiares sobre amigos</b>                |                                     |                 |                     |                |
| Flexible  | 211 (43,8%)                         | 48 (38,4%)      | Referencia          |                |
| Difuso  | 174 (36,1%)                         | 44 (35,2%)      | 0,90 (0,57 – 1,41)  | 0,64           |
| Rígido  | 97 (20,1%)                          | 33 (26,4%)      | 0,66 (0,40 – 1,10)  | 0,11           |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019 Fuente: Encuestas estudio SULY HELP

## **9. Asociación de consumo de drogas o sustancias ilícitas con función y límites familiares.**

### **9.1 Marihuana.**

Los estudiantes que provienen de familias moderadamente funcionales tiene 1,71 veces más prevalencia de consumo de marihuana que aquellos estudiantes que provienen de familias funcionales, no es estadísticamente significativo, (IC 95%: 0,95 – 3,07), con un valor de p de 0,07. Los estudiantes que tienen familias disfuncionales tiene 2,32 veces mayor prevalencia de consumo de marihuana que aquellos que tienen familias funcionales, (IC 95%: 0,83 – 6,4), no significativo con valor de p de 0,10. (Tabla 13).

Los estudiantes que tienen límites familiares difusos sobre los estudios, presentan 1,78 veces más prevalencia de consumo de marihuana que aquellos que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,07 – 4,21), no es estadísticamente significativo, con un valor de p de 0,18. Los estudiantes con límites rígidos presenta 0,72 veces menor prevalencia de consumo de marihuana, (IC 95%: 0,04 – 1,32), no significativo con valor de p de 0,29. (Tabla 13).

En cuanto a los límites sobre la vida sentimental, los estudiantes que tiene límites difusos tiene 2 veces mayor prevalencia de consumo de marihuana, (IC 95%; 1,09 – 3,64), lo cual es estadísticamente significativo con un valor de p de 0,02. Los estudiantes con límites rígidos sobre su vida sentimental presentan 0,85 veces menos prevalencia de consumo de marihuana, que aquellos que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,32 – 2,21), no significativo con valor de p de 0,73. (Tabla 13).

Dentro de lo que concierne, los límites sobre las actividades de diversión, los estudiantes que presentan límites difusos tiene 0,7 veces menor prevalencia de consumo de marihuana que aquellos que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,36 – 1,37), no es estadísticamente significativo, con valor de p de 0,30. El tener límites rígidos sobre las actividades de diversión constituye un factor de protección ya que existe 0,42 veces menor prevalencia de consumo de marihuana que aquellos que

tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,21 – 0,85), siendo estadísticamente significativo, con un valor de p de 0,01. (Tabla 13).

Los estudiantes con límites difusos sobre los amigos, tienen 0,87 veces menor prevalencia de consumo de marihuana que aquellos que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,46 – 1,64), no es estadísticamente significativo con un valor de p 0,67. Los estudiantes que presentan límites rígidos sobre los amigos tiene 0,46 veces menor prevalencia de consumo de marihuana en comparación con los estudiantes que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,22 – 0,95), es estadísticamente significativo ya que el valor de p es de 0,03.

**Tabla 13. Asociación entre consumo de marihuana con funcionalidad familiar y límites familiares (n= 846)**

| <b>Funcionalidad familiar</b>                         | <b>Consumo de marihuana</b> |                | <b>OR (IC 95%)</b>  | <b>Valor p</b> |
|---|-----------------------------|----------------|---------------------|----------------|
|   | <b>Si n(%)</b>              | <b>No n(%)</b> |                     |                |
| Funcional   | 93 (72,1%)                  | 36 (29,9%)     | Referencia          |                |
| Moderadamente funcional                               | 106 (81,5%)                 | 24 (18,5%)     | 1,71 (0,95 – 3,07)  | 0,07           |
| Disfuncional  | 30 (85,7%)                  | 5 (14,3%)      | 2,32 (0,83 – 6,4)   | 0,10           |
| Severamente disfuncional                              | 9 (100%)                    | 0 (0%)         |                     |                |
| <b>Límites familiares en estudios</b>                 |                             |                |                     |                |
| Flexible  | 100 (78,7%)                 | 27 (21,3%)     | Referencia          |                |
| Difuso  | 53 (86,9%)                  | 8 (13,1%)      | 1,78 (0,076 – 4,21) | 0,18           |
| Rígido  | 81 (73%)                    | 30 (27%)       | 0,72 (0,040 – 1,32) | 0,29           |
| <b>Límites familiares en vida sentimental</b>         |                             |                |                     |                |
| Flexible  | 65 (71,4%)                  | 26 (28,6%)     | Referencia          |                |
| Difuso  | 150 (83,3%)                 | 30 (16,7%)     | 2 (1,09 – 3,64)     | 0,02           |
| Rígido  | 17 (68%)                    | 8 (32%)        | 0,85 (0,32 – 2,21)  | 0,73           |
| <b>Límites familiares en actividades de diversión</b> |                             |                |                     |                |
| Flexible  | 102 (83,6%)                 | 20 (16,4%)     | Referencia          |                |
| Difuso  | 83 (78,3%)                  | 23 (21,7%)     | 0,70 (0,36 – 1,37)  | 0,30           |
| Rígido  | 48 (68,6%)                  | 22 (31,4%)     | 0,42 (0,21 – 0,85)  | 0,01           |

### Límites familiares sobre amigos

|          |             |            |                     |      |
|----------|-------------|------------|---------------------|------|
| Flexible | 103 (81,7%) | 23 (18,3%) | Referencia          |      |
| Difuso   | 98 (79,7%)  | 25 (20,3%) | 0,87 (0,46 – 1,64)  | 0,67 |
| Rígido   | 35 (67,3%)  | 17 (32,7%) | 0,460 (0,22 – 0,95) | 0,03 |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019 Fuente: Encuestas estudio SULLY HELP

### 9.2 Cocaína.

El 20% de los estudiantes de familias disfuncionales consumieron cocaína alguna vez en la vida.

Provenir de una familia disfuncional constituye un factor de riesgo para el consumo de cocaína, ya que existe 3,82 veces mayor prevalencia consumo de esta sustancia, en comparación de los estudiantes que provienen de familias funcionales, (IC 95%: 1,17 – 12,39), siendo estadísticamente significativo con un valor de p de 0,02. Los estudiantes que vienen de familias moderadamente funcionales tiene 2,07 veces mayor consumo de cocaína, de aquellos que tienen familias funcionales, (IC 95%: 0,80 – 5,35), no es estadísticamente significativo, con un valor de p de 0,13. Los estudiantes que provienen de familias severamente disfuncionales tiene 3,05 veces mayor prevalencia de consumo de cocaína que los estudiantes que tiene familias funcionales, (IC 95%: 0,31 – 29,86), no es significativo debido a que el valor de p es de 0,33. (Tabla 14).

Los estudiantes que tienen límites difusos sobre los estudios, tiene 1,13 veces mayor prevalencia de consumo de cocaína, en comparación de los estudiantes con límites flexibles, (IC 95%: 0,45 – 2,86), no es estadísticamente significativo ya que el valor de p es de 0,88. Los estudiantes con límites rígidos presentan 1,47 veces mayor prevalencia de consumo de cocaína en comparación con los estudiantes con límites flexibles, (IC 95%: 0,51 – 4,20), no siendo significativo, con un valor de p de 0,46. (Tabla 14).

En cuanto a los límites sobre la vida sentimental, los estudiantes que tienen límites difusos, tiene 1,69 veces mayor prevalencia de consumo de cocaína que aquellos que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,64 – 4,45), no es estadísticamente significativo, ya que el valor de p es de 0,58. Los

estudiantes con límites rígidos tienen 2,05 veces mayor prevalencia de consumo de cocaína, en comparación de los estudiantes que tiene límites flexibles, (IC 95%: 0,47 – 8,96), con valor de p de 0,33, no significativo. (Tabla 14).

Dentro de lo que concierne, los límites sobre las actividades de diversión, los estudiantes que presentan límites difusos presentan 1,69 veces más prevalencia de consumo de cocaína que aquellos estudiantes con límites flexibles, (IC 95%: 0,64 – 4,45), el valor de p es de 0,28, lo cual no es estadísticamente significativo. Los estudiantes con límites rígidos tienen 0,83 veces menor prevalencia de consumo de cocaína, (IC 95%: 0,27 – 2,56), no es estadísticamente significativo ya que el valor de p es de 0,75. (Tabla 14).

Los estudiantes con límites difusos sobre los amigos, tiene 0,86 veces menor prevalencia de consumo de cocaína que aquellos estudiantes que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,35 – 2,10), no es estadísticamente significativo con un valor de p de 0,75. Los estudiantes que tiene límites rígidos sobre los amigos tiene 1,01 veces mayor prevalencia de consumo de cocaína en comparación con los estudiantes que tienen límites flexibles, (IC 95%: 0,33 – 3,06), no significativo debido a que el valor de p es de 0,97. (Tabla 14).

**Tabla 14. Asociación entre consumo de cocaína con funcionalidad familiar y límites familiares en los estudiantes primer semestre PUCE 2018. (n=267)**

| <b>Funcionalidad familiar</b>         | <b>Consumo de cocaína</b> |                    | <b>OR (IC 95%)</b>  | <b>Valor p</b> |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------|----------------|
|                                       | <b>Si<br/>n(%)</b>        | <b>No<br/>n(%)</b> |                     |                |
| Funcional                             | 7 (6,1%)                  | 107 (93,9%)        | Referencia          |                |
| Moderadamente funcional               | 14 (12%)                  | 103 (88%)          | 2,07 (0,80 – 5,35)  | 0,13           |
| Disfuncional                          | 6 (20%)                   | 24 (80%)           | 3,82 (1,17 – 12,39) | 0,02           |
| Severamente disfuncional              | 1 (16,7%)                 | 5 (83,3)           | 3,05 (0,31 – 29,86) | 0,33           |
| <b>Límites familiares en estudios</b> |                           |                    |                     |                |
| Flexible                              | 11 (10,1%)                | 98 (89,9%)         | Referencia          |                |

|   |            |             |                    |      |
|---|------------|-------------|--------------------|------|
| Difuso  | 7 (12,7%)  | 48 (87,3%)  | 1,13 (0,45 – 2,86) | 0,78 |
| Rígido  | 9 (9%)     | 91 (91%)    | 1,47 (0,51 – 4,20) | 0,46 |
| <b>Límites familiares en vida sentimental</b>         |            |             |                    |      |
| Flexible  | 6 (7,1%)   | 78 (92,9%)  | Referencia         |      |
| Difuso  | 18 (11,5%) | 138 (88,5%) | 1,69 (0,64 – 4,45) | 0,28 |
| Rígido  | 3 (13,6%)  | 19 (86,4%)  | 2,05 (0,47 – 8,96) | 0,33 |
| <b>Límites familiares en actividades de diversión</b> |            |             |                    |      |
| Flexible  | 10 (9,5%)  | 95 (90,5%)  | Referencia         |      |
| Difuso  | 12 (12,5%) | 84 (87,5%)  | 1,35 (0,55 – 3,30) | 0,50 |
| Rígido  | 5 (8,1%)   | 57 (91,9%)  | 0,83 (0,27 – 2,56) | 0,75 |
| <b>Límites familiares sobre amigos</b>                |            |             |                    |      |
| Flexible  | 12 (10,7%) | 100 (89,3%) | Referencia         |      |
| Difuso  | 10 (9,4%)  | 96 (90,6%)  | 0,86 (0,35 – 2,10) | 0,75 |
| Rígido  | 5 (10,9%)  | 41 (89,1%)  | 1,01 (0,33 – 3,06) | 0,97 |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019. Fuente: Encuestas estudio SULY HELP

#### **10. Asociación entre consumo de tabaco, tipología familiar y condición socio económica.**

El 52% de los estudiantes que consumen tabaco tiene una situación socio económica regular, el 41% tiene una situación económica buena, el 3,7% muy buena, un 3,3% mala y el 0% es muy mala ( $p=0,27$ ). (Tabla 15).

El 49,4% de los estudiantes que han consumido tabaco en los últimos 30 días provienen de familias biparentales. Los estudiantes que provienen de familias monoparentales tienen 1,24 veces mayor prevalencia de consumo de tabaco que aquellos que tiene familias biparentales, (IC 95%: 0,88 – 1,75), no es estadísticamente significativo ya que el valor de  $p$  es de 0,20. Los estudiantes que vienen de familias reconstituidas tiene 1,87 veces mayor prevalencia de consumo de tabaco que los estudiantes que tienen familias biparentales, (IC 95%: 0,86 – 4,07), no significativo, con un valor de  $p$  de 0,11. En los estudiantes que provienen de familias ampliadas presentan 0,97 veces menor prevalencia de consumo de tabaco en comparación con los estudiantes que tienen familias biparentales, (IC 95%: 0,56 – 1,67), no es estadísticamente significativo debido a que el valor de

p es 0,91. Por otra parte, los estudiantes que viven en equivalentes familiares, tienen 1,96 veces mayor prevalencia de consumo de tabaco en comparación con los estudiantes de familias biparentales, (IC 95%: 0,81 – 4,74), no significativo con un valor de p 0,13. Los estudiantes que viven solos, tiene 0,59 veces menor prevalencia de consumir tabaco que aquellos que provienen de familias biparentales, (IC 95%: 0,29 – 1,19), no estadísticamente significativo, valor de p 0,14. Y por último, los estudiantes que viven con su pareja tiene 0,30 veces menor prevalencia de consumo de tabaco, (IC 95%: 0,03 – 2,53), no significativo debido a que valor de p es de 0,27.

(Tabla 15)

**Tabla 15. Asociación entre consumo de tabaco, tipología familiar y condición socio económica de los estudiantes primer semestre PUCE 2018.**

| <b>Consumo de tabaco 30 días</b> |                    |                    |                    |                |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| <b>(n=822)</b>                   |                    |                    |                    |                |
| <b>Tipología familiar</b>        | <b>Si<br/>n(%)</b> | <b>No<br/>n(%)</b> | <b>OR (IC 95%)</b> | <b>Valor p</b> |
| Biparental                       | 134 (49,4%)        | 290 (52,6%)        | Referencia         |                |
| Monoparental                     | 80 (29,5%)         | 139 (25,2%)        | 1,24 (0,88 – 1,75) | 0,20           |
| Reconstituida                    | 13 (4,8%)          | 15 (2,7%)          | 1,87 (0,86 – 4,05) | 0,11           |
| Ampliada                         | 22 (8,1%)          | 49 (8,9%)          | 0,97 (0,56 – 1,67) | 0,91           |
| Equivalentes familiares          | 10 (3,7%)          | 11 (2%)            | 1,96 (0,81 – 4,74) | 0,13           |
| Personas sin familia             | 11 (4,1%)          | 40 (7,3%)          | 0,59 (0,29 – 1,19) | 0,14           |
| Pareja sola                      | 1 (0,4%)           | 7 (1,3%)           | 0,30 (0,03 – 2,53) | 0,27           |
| <b>Condición socioeconómica</b>  |                    |                    |                    |                |
| Muy buena                        | 10 (3,7%)          | 10 (1,8%)          |                    | 0,275          |
| Buena                            | 111 (41%)          | 237 (43%)          |                    |                |
| Regular                          | 141 (52%)          | 291 (52,8%)        |                    |                |
| Mala                             | 9 (3,3%)           | 11 (2%)            |                    |                |
| Muy mala                         | 0 (0%)             | 2 (0,4%)           |                    |                |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019. Fuente: Encuestas estudio SULY HELP.

### **11. Asociación entre consumo de alcohol, tipología familiar y condición socio económica.**

El 50,8% de los estudiantes que tienen *consumo de riesgo* de alcohol tienen una situación socio económica regular, el 45,3% condición socio económica buena, el 2,3% muy buena y el 1,6% muy mala ( $p=0,26$ ). (Tabla 16).

De los estudiantes con síntomas de dependencia de alcohol el 52,9% tiene una condición socio económica regular, el 40% buena, el 3,6% muy buena, el 3,6% mala y el 0% muy mala. ( $p=0,18$ ). (Tabla 16).

De los estudiantes que han consumido alcohol en los últimos 30 días el 51,6% proviene de familias biparentales. Los estudiantes que vienen de familias monoparentales tienen 1,61 veces mayor prevalencia de consumo de alcohol, en comparación con los que vienen de familias biparentales, (IC 95%: 0,82 – 3,15), no es estadísticamente significativo, con un valor de  $p$  de 0,15. En los estudiantes que provienen de familias ampliadas presentan 0,79 veces menor prevalencia de consumo de alcohol en comparación con los estudiantes que tienen familias biparentales, (IC 95%: 0,30 – 2,06), no es estadísticamente significativo debido a que el valor de  $p$  es 0,63. Los estudiantes que viven solos, tiene 0,85 veces menor prevalencia de consumir alcohol que aquellos que provienen de familias biparentales, (IC 95%: 0,28 – 2,54), no estadísticamente significativo, valor de  $p$  0,77. Y por último, los estudiantes que viven con su pareja tiene 0,65 veces menor prevalencia de consumo de alcohol, (IC 95%: 0,05 – 7,43), no significativo debido a que valor de  $p$  es de 0,73. (Tabla 16)

Los estudiantes que tienen amigos que se emborrachan es un factor de riesgo para el consumo el alcohol en los últimos 30 días, ya que existe 2,26 veces mayor prevalencia de consumo, que aquellos que no tienen amigos que se emborrachen, lo cual es estadísticamente significativo, valor de  $p$  0,00, (IC 95%: 1,55 – 3,28). (Tabla 16)

Aquellos estudiantes que tienen familiares que se emborrachan presentan 1,23 veces más prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días, (IC 95%: 0,67 – 2,28), no es estadísticamente significativo con p de 0,39. (Tabla 16).

**Tabla 16. Asociación entre consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia de alcohol con tipología familia, consumo en familiares y pares y, condición socioeconómica estudiantes primer semestre PUCE 2018.**

| <b>Consumo de alcohol 30 días n=788</b>     |          |                |                |                    |                |
|---|----------|----------------|----------------|--------------------|----------------|
| <b>Tipología familiar</b>                   |          | <b>Si n(%)</b> | <b>No n(%)</b> | <b>OR (IC 95%)</b> | <b>Valor p</b> |
| Biparental                                  |          | 282 (51,6%)    | 130 (53,7%)    | Referencia         |                |
| Monoparental                                |          | 149 (27,3%)    | 55 (22,7%)     | 1,61 (0,82 – 3,15) | 0,15           |
| Reconstituida                               |          | 20 (3,7%)      | 8 (3,3%)       |                    |                |
| Ampliada                                    |          | 43 (7,9%)      | 23 (9,5%)      | 0,79 (0,30 – 2,06) | 0,63           |
| Equivalentes familiares                     |          | 15 (2,7%)      | 5 (2,1%)       |                    |                |
| Personas familia                            | sin      | 31 (5,7%)      | 19 (7,9%)      | 0,85 (0,28 – 2,54) | 0,77           |
| Pareja sola                                 |          | 6 (1,1%)       | 2 (0,8%)       | 0,65 (0,058-7,43)  | 0,73           |
| <b>Amigos familiares o que toman</b>        | <b>o</b> |                |                |                    |                |
| No  |          | 87 (16,4%)     | 67 (29,3%)     | Referencia         |                |
| Amigos                                      |          | 408 (76,7%)    | 139 (60,7%)    | 2,26 (1,55 – 3,28) | 0,000          |
| Familiares                                  |          | 37 (7%)        | 23 (10%)       | 1,23 (0,67 – 2,28) | 0,39           |
| <b>Consumo de riesgo de alcohol (n=614)</b> |          |                |                |                    |                |
| <b>Condición socioeconómica</b>             |          | <b>Si n(%)</b> | <b>No n(%)</b> |                    |                |
| Muy buena                                   |          | 11 (2,3%)      | 2 (1,6%)       |                    | 0,26           |
| Buena                                       |          | 221 (45,3%)    | 51 (40,5%)     |                    |                |
| Regular                                     |          | 248 (50,8%)    | 69 (54,8%)     |                    |                |
| Mala  |          | 8 (1,6%)       | 3 (2,4%)       |                    |                |
| Muy mala                                    |          | 0 (0%)         | 1 (0,8%)       |                    |                |
| <b>Síntomas de dependencia (n=755)</b>      |          |                |                |                    |                |
| <b>Condición socioeconómica</b>             |          | <b>Si n(%)</b> | <b>No n(%)</b> |                    |                |
| Muy buena                                   |          | 10 (3,6%)      | 8 (1,7%)       |                    | 0,18           |
| Buena                                       |          | 112 (40%)      | 206 (43,4%)    |                    |                |

|          |             |             |
|----------|-------------|-------------|
| Regular  | 148 (52,9%) | 250 (52,6%) |
| Mala     | 10 (3,6%)   | 9 (1,9%)    |
| Muy mala | 0 (0%)      | 2 (0,4%)    |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. 2019 Fuente: Encuestas estudio SULY HELP

## 12. Asociación entre consumo de drogas y condición socio económica.

### 12.1 Marihuana.

El 53,8% de estudiantes que consumen marihuana tienen condición socio económica regular, el 42% condición socio económica buena, el 2,1% muy buena, el 1,7% mala y el 0,4% muy mala.

En los estudiantes que registran consumo de marihuana en los últimos 30 días el 47,5% proviene de familias biparentales. Los estudiantes que provienen de familias monoparentales tienen 1,61 veces mayor prevalencia de consumo de marihuana que aquellos que tiene familias biparentales, (IC 95%: 0,82 – 3,15), no es estadísticamente significativo ya que el valor de p es de 0,15. En los estudiantes que provienen de familias ampliadas presentan 0,79 veces menor prevalencia de consumo de marihuana en comparación con los estudiantes que tienen familias biparentales, (IC 95%: 0,30 – 2,06), no es estadísticamente significativo debido a que el valor de p es 0,63. Los estudiantes que viven solos, tiene 0,85 veces menor prevalencia de consumo marihuana que aquellos que provienen de familias biparentales, (IC 95%: 0,28 – 2,54), no estadísticamente significativo, valor de p 0,77. Y por último, los estudiantes que viven con su pareja tiene 0,65 veces menor prevalencia de consumo de marihuana, (IC 95%: 0,05 – 7,43), no significativo debido a que valor de p es de 0,73. (Tabla 17).

Aquellos estudiantes que tiene un amigo que consume drogas, tiene 5,25 veces mayor prevalencia de consumo de drogas, en comparación de los estudiantes que no tienen amigos consumidores de drogas, (IC 95%: 1,48 – 18,5), siendo estadísticamente significativo, con un valor de p de 0,01. (Tabla 17).

Los estudiantes que tiene dos o más amigos que consumen drogas, tienen 7,25 veces mayor prevalencia de consumo de drogas que aquellos que no tienen amigos consumidores, (IC 95%: 3,27 – 16,07), es estadísticamente significativo, ya que el valor de p es de 0,00. (Tabla 17).

Si los estudiantes tienen un familiar que consuma drogas, tienen 1,52 veces más prevalencia de consumo de drogas, en comparación con los estudiantes que no tienen un familiar que consuman drogas, no es estadísticamente significativo, (IC 95%: 0,59 – 3,9), con un valor de p 0,38. Mientras que, aquellos estudiantes con dos o más familiares que presenten consumo de drogas, presentan 1,61 veces mayor prevalencia de consumo de estas sustancias, que aquellos que no tienen familiares con consumo, (IC 95%: 0,34 – 7,60), no significativo debido a que el valor de p es de 0,54. (Tabla 17).

**Tabla 17. Asociación entre consumo de marihuana, con tipología familiar, consumo en familiares y pares y, condición socioeconómica estudiantes primer semestre PUCE 2018**

| <b>Consumo de marihuana<br/>(n=303)</b> |     |                    |                    |                     |                |
|---|-----|--------------------|--------------------|---------------------|----------------|
| <b>Tipología familiar</b>               |     | <b>Si<br/>n(%)</b> | <b>No<br/>n(%)</b> | <b>OR (IC 95%)</b>  | <b>Valor p</b> |
| Biparental                              |     | 113 (47,5%)        | 37 (56,9%)         | Referencia          |                |
| Monoparental                            |     | 74 (31,1%)         | 15 (23,1%)         | 1,61 (0,82 – 3,15)  | 0,15           |
| Reconstituida                           |     | 11 (4,6%)          | 0 (0%)             |                     |                |
| Ampliada                                |     | 17 (7,1%)          | 7 (10,08%)         | 0,79 (0,30 – 2,06)  | 0,63           |
| Equivalentes familiares                 |     | 8 (3,4%)           | 0 (0%)             |                     |                |
| Personas familia                        | sin | 13 (5,5%)          | 5 (7,7%)           | 0,85 (0,28 – 2,54)  | 0,77           |
| Pareja sola                             |     | 2 (0,8%)           | 1 (1,5%)           | 0,65 (0,05 – 7,43)  | 0,73           |
| <b>Amigos que consuman drogas</b>       |     |                    |                    |                     |                |
| Ninguno                                 |     | 17 (8%)            | 17 (37,8%)         | Referencia          |                |
| Uno                                     |     | 21 (9,9%)          | 4 (8,9%)           | 5,25 (1,48 – 18,5)  | 0,01           |
| 2 o más                                 |     | 174 (82,1%)        | 24 (53,3%)         | 7,25 (3,27 – 16,07) | 0,00           |
| <b>Familiares que consuman drogas</b>   |     |                    |                    |                     |                |

|                                 |             |            |                    |      |
|---------------------------------|-------------|------------|--------------------|------|
| Ninguno                         | 136 (76,4%) | 40 (83,3%) | Referencia         |      |
| Uno                             | 31 (17,4%)  | 6 (12,5%)  | 1,52 (0,59 – 3,9)  | 0,38 |
| 2 o más                         | 11 (6,2%)   | 2 (4,2%)   | 1,61 (0,34 – 7,60) | 0,54 |
| <b>Condición socioeconómica</b> |             |            |                    |      |
| Muy buena                       | 5 (2,1%)    | 1 (1,5%)   |                    | 0,05 |
| Buena                           | 100 (42%)   | 27 (41,5%) |                    |      |
| Regular                         | 128 (53,8%) | 31 (47,7%) |                    |      |
| Mala                            | 4 (1,7%)    | 6 (9,2%)   |                    |      |
| Muy mala                        | 1 (0,4%)    | 0 (0%)     |                    |      |

Elaborado por: Guerra V, Terán V. Fuente: Encuestas estudio SULY HELP

## CAPÍTULO V

### Discusión

#### 1. Patrones de consumo de tabaco.

En el III Estudio epidemiológico andino sobre el consumo de drogas en la población universitaria en el Ecuador (2017), el 56% de los estudiantes declaran haber consumido tabaco alguna vez en la vida, de estos el 68,4% son varones y el 45,3% son mujeres. En nuestro estudio encontramos que el 67,8% de los estudiantes admitió haber fumado cigarrillos alguna vez en la vida, de los cuales el 76,8% son de sexo masculino y el 61,3% son de sexo femenino; datos que se correlacionan con el estudio de Acurio (2017) en el que se menciona que el 74,2% de los varones y el 60,4% de las mujeres han fumado alguna vez en la vida. (Boyle et al, 2017).

El promedio y la mediana de edad de inicio de consumo de tabaco es los 17 años, en el caso de los hombres los 16 años (Boyle et al, 2017); en nuestro estudio se encontró que la media de inicio es los 16 años +/- 2 años y en el estudio de Acurio (2017), la edad de mayor vulnerabilidad de consumo es de los 15 a los 18 años.

En el último mes el porcentaje de estudiantes que consumió tabaco según el Informe Mundial sobre las drogas (2017) es de 20,8%, el 29,7% son hombres y el 12,7% son mujeres. Acurio (2017), menciona que el 65,8% de los hombres y el 75% de las mujeres dice que fuman a diario, mientras que en nuestro estudio el 43,8% de estudiantes con sexo masculino y el 24,9% de estudiantes con sexo femenino, ha fumado el último mes.

En cuanto al tipo de cigarrillo en el Informe Mundial sobre las drogas (2017) el 27,2% de los estudiantes ha consumido alguna vez cigarrillo electrónico, en nuestro estudio el 34% de los estudiantes consumen dicho cigarrillo. En el 2018 el 21% de los estudiantes secundarios en

Estados Unidos reportaron el consumo de cigarrillos electrónicos, entre los adultos aumentó entre el año 2010 a 2013 de 3,3% al 8,5% el consumo de cigarrillos electrónicos (Rigotti, 2019).

## **2. Patrones consumo de alcohol.**

Los estudiantes universitarios que han consumido alcohol alguna vez en su vida según el Informe Mundial sobre las drogas (2017) es del 90,2%, el 92,4% de los hombres y el 88,1% de las mujeres. En nuestro estudio se encontró que el 91,9% de los estudiantes siendo el 93,6% de los hombres y el 90,8% de las mujeres han consumido alcohol alguna vez en la vida; y en el estudio de Acurio (2017), indica que el 94,3% de los estudiantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, el 95,5% de los hombres y el 94,3% de las mujeres.

El inicio de consumo de alcohol en promedio para el Informe Mundial sobre las drogas (2017) fue de 16 años, Acurio (2017) manifiesta que fue desde los 14 años a los 18 años, y en nuestro estudio la media de inicio de consumo de alcohol es los 15 años +/-2 años.

El consumo de alcohol en los estudiantes los últimos 30 días según el Informe Mundial sobre las drogas (2017) fue del 51,5%, Acurio (2017) indica el 86,05%, y en nuestro estudio el 69,3% de los estudiantes declara haber consumido alcohol en el último mes.

En cuanto a la frecuencia de consumo, el estudio de Acurio (2017) el 55,3% de los estudiantes consume una vez al mes o menos, el 37,4% consume de 2 a 4 veces al mes, el 6,9% consume 2 a 3 veces a la semana y el 0,4% 4 o más veces a la semana. En nuestro estudio se encontró que el 54,9% de los estudiantes declara consumir una vez al mes o menos, el 33,8% consumen de 2 a 4 veces al mes; el 10% consume dos a tres veces a la semana, y el 1,4% 4 o más veces a la semana. En el estudio de Acurio (2017) el 1,9% de los estudiantes declara consumir con frecuencia dentro de los predios universitarios, el Informe Mundial sobre las drogas (2017) indica el 5,2% ha

evidenciado esta situación, datos similares a nuestro estudio en el cual encontramos que el 5,81% de los estudiantes declaran consumir alcohol dentro de la universidad.

El Informe Mundial sobre las drogas (2017) indica que el 15,6% de los estudiantes no tiene amigos o familiares que se emborrachan, el 17,7% tiene un amigo o familiar y el 58,2% de los estudiantes manifiesta que tiene dos o más amigos o familiares que se emborrachan. En nuestro estudio el 71,7% dijeron que tienen amigos que se emborrachan, el 7,8% de los estudiantes tiene solo familiares y el 20,4% manifiesta no poseer ni amigos ni familiares que se emborrachan.

Se encontró que el 33,1% de los estudiantes que han consumido alcohol en el último año presentan consumo riesgoso o perjudicial de alcohol (Boyle et al, 2017); en nuestro estudio del total de estudiantes que consumen alcohol el 79,5% presenta consumo de riesgo de alcohol.

En cuanto a los síntomas de dependencia al alcohol, el Informe Mundial sobre las drogas (2017) indica que el 12,7% de los consumidores de alcohol en el último año presenta dichos síntomas, en nuestro estudio del total de estudiantes que consumen alcohol el 37,1% de los estudiantes presenta síntomas de dependencia alcohólica.

### **3. Patrones de consumo de drogas.**

Acurio (2017), manifiesta que el 42,2% de los estudiantes universitarios nunca han probado alguna droga ilícita, el 26,7% indican lo han hecho una sola vez y el 31,1% manifiestan haber consumido dos o más veces; en nuestro estudio se encontró que el 68,1% de los estudiantes declara no haber consumido drogas nunca, el 17% manifiesta que ha probado una vez y el 14,9% indican que han probado una o más veces. El Informe Mundial sobre las drogas (2017) indica que el 29,9% de los estudiantes ha probado drogas alguna vez en la vida.

La edad promedio de inicio de consumo de drogas en general en nuestro estudio fue de 17 años +/- 1.7 años, mientras que en el Informe Mundial sobre las drogas (2017), el inicio de consumo

de marihuana es a los 18 años, cocaína a los 20 años, alucinógenos y LSD a los 19 años; por otra parte, en el estudio de Acurio (2017), reporta que la edad inicio de la marihuana es a los 18 años, cocaína a los 20 años y LSD a los 19 años.

El 25% de los estudiantes manifiesta que no tiene ningún amigo que consumo drogas, el 43,9% tiene pocos amigos que consumen, el 20,1% indican tener algunos amigos que consumen y el 11% manifestó tener varios amigos que consumen drogas en el estudio de Acurio (2017). En nuestro estudio se encontró que el 75% de los estudiantes tiene dos o más amigos que consumen drogas, el 14,9% indica no tener amigos con consumo de drogas, el 0,1% manifiesta tener un amigo con consumo de drogas.

En cuanto al consumo de marihuana en el último año, el Informe Mundial sobre las drogas (2017) reporta que el 11,2% ha consumido, Acurio (2017) indica que el 60,2% y en nuestro estudio el último año el 32% de los estudiantes declaró consumo de marihuana. En lo que concierne el consumo de marihuana en el último mes, el Informe Mundial sobre las drogas (2017) reporta que el 5% de los estudiantes consumió el último mes, Acurio (2017) manifiesta que el 30,5% de los estudiantes, y en nuestro estudio en el último mes el 13,9% indicaron consumo el último mes.

El consumo de cocaína en el último año, para el estudio de Informe Mundial sobre las drogas (2017) fue del 1,5%, Acurio (2017) indica el 41,4% y en nuestro estudio en el último año el 4,5% de los estudiantes indicaron consumo en el último año de cocaína. Con respecto al último mes, Informe Mundial sobre las drogas (2017), 0,5%, Acurio (2017) indica el 30,5% y en nuestro estudio en el último mes el 0,7% de los estudiantes consumió cocaína.

El consumo de LSD en el último año, el Informe Mundial sobre las Drogas (2017) reportó el 1,07%, Acurio (2017) no reporta estos datos, mientras que en nuestro estudio en el último año el 3% de los estudiantes indicó consumo de LSD; en el análisis del consumo en el último mes, el

Informe Mundial sobre las drogas (2017) indica que el 0,2%, Acurio (2017) no dispone de este dato, y nuestro estudio encontró que ningún estudiante reporta el consumo en el último mes de esta sustancia.

El consumo de alucinógenos en el último año fue del 0,78% en el Informe Mundial sobre las drogas (2017) y en nuestro estudio se encontró que el 1,5% de los estudiantes consumió esta sustancia el último año, mientras que, en el último mes, el 0.27% de los estudiantes en el Informe Mundial sobre las drogas (2017), el 10,5% de los estudiantes en el estudio de Acurio (2017) y en nuestro estudio 1,1% declaró haber consumido alucinógenos el último mes.

#### **4. Funcionalidad familiar y límites con consumo de sustancias.**

Pérez (2007), en su estudio ratifica que la función familiar sí influye en el consumo de sustancias tóxicas, manifiesta que, en el grupo de adolescentes con disfunción familiar intensa, se incrementa el riesgo cualitativo de consumir alcohol en un 26%, o de 4 unidades de bebidas estándar; así como también se incrementa en un 32% el riesgo de consumir tabaco o de consumir 4 cigarrillos diarios; el consumo de otras drogas con familias con disfunción graves es del 13%. En nuestro estudio encontramos que el 45% de los estudiantes de familias funcionales consume tabaco, el 40,2% los estudiantes de familias moderadamente funcionales, el 11,8% de los estudiantes de familias disfuncionales y el 3% de familias severamente disfuncionales han fumado en el último mes; encontrándose mayor prevalencia de consumo en las familias disfuncionales OR: 1,22 (IC 95%: 0,75- 1,99) y en las severamente disfuncionales OR:1,56 (IC 95%:0,61 – 3,98), al ser comparados con los estudiantes provenientes de familias funcionales, sin ser ninguno de estos resultados estadísticamente significativos.

Mientras que, para el consumo de alcohol, encontramos que el 45,6% de los estudiantes de familias funcionales, el 10,3% de familias disfuncionales y el 2,4% de familias severamente disfuncionales

han consumido alcohol en los últimos 30 días. Se encontró una mayor prevalencia de consumo en las familias severamente disfuncionales OR:1,16 (IC 95%: 0,40 - 3,35) y en las familias moderadamente funcionales con un OR: 1,03 (IC 95%: 0,74 – 1,43), en comparación con las familias funcionales, ninguno de los resultados fue estadísticamente significativo.

Nuestro estudio reveló que el 72,1% de los estudiantes que consumen marihuana provienen de una familia funcional, aquellos que tienen familias disfuncionales presentan 2,32 veces más prevalencia de consumo de marihuana (IC 95%: 0,83 – 6,4), sin ser este resultado estadísticamente significativo.

De los datos recolectados, el 6,1% de los estudiantes con familias funcionales consumen cocaína, sin embargo, quienes tienen familias disfuncionales tienen 3,82 veces mayor prevalencia de consumo de cocaína (IC95%: 1,17 – 12,39),  $p= 0,02$ , en relación con las familias funcionales.

Naula (2019), manifiesta que el consumo de riesgo de alcohol se asocia con el 3,3% de familias funcionales y el 1,61% con familias disfuncionales. Por otra parte, en cuanto al consumo de tabaco el 14,36% provienen de familias funcionales y el 4,9% de familias disfuncionales.

Cabrera (2017), arroja datos de consumo de tabaco en las familias severamente disfuncionales con el 61,4% de estudiantes que fuman, el 42,5% de las familias disfuncionales, el 35,1% de familias moderadamente funcional y el 34,2% de las familias funcionales.

En el estudio realizado en gemelos por Kendler et al (2008) se encontró que, a los 14 años, las influencias ambientales familiares en el consumo de marihuana son muy fuertes y representan casi el 80% de la variación y continúan siendo importantes hasta la tercera década de vida en donde empieza a desaparecer. En nuestro estudio se reflejó que los estudiantes que provienen de familias disfuncionales tienen 2,32 veces mayor prevalencia de consumo de riesgo de marihuana (IC95% :0,83 – 6,4), sin embargo, este resultado no fue estadísticamente significativos.

Respecto a los límites familiares con el consumo de alcohol Fantin (2011) manifiesta que la percepción del adolescente con respecto a la capacidad de los adultos de imponer límites, carencia de premios y reconocimientos de los logros obtenidos, especialmente en el área de la educación es un aspecto relacionado al consumo de alcohol. De igual manera la relación negativa con los progenitores y los límites inconsistentes se relacionan con mayor consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia.

Vargas et al (2015) encontraron en su estudio que el maltrato y los límites permisivos son determinantes para el consumo de sustancias en los adolescentes encuestados, ya que se evade el medio familiar y se asumen conductas de riesgo.

En nuestro trabajo se encontró que los límites difusos sobre los estudios aumentan la prevalencia de consumo de tabaco OR 1,01 (IC 95%: 0,66 – 1,54), vida sentimental OR 1,16 (IC 95%: 0,84 – 1,59), sobre las actividades de diversión OR: 1,03 (IC 95%: 0,73 – 1,46) y sobre los amigos OR 1,05 (IC 95%: 0,76 – 1,46), comparándolos con los límites flexibles en las mismas áreas, sin ser estos resultados estadísticamente significativos.

Los límites rígidos en nuestro estudio constituyen un factor de protección ante el consumo de tabaco, siendo estadísticamente significativo este resultado sobre la vida sentimental de los estudiantes OR: 0,50 (IC 95%: 0,30 – 0,83). En el resto de ámbitos se observó el factor protector sin ser estos resultados estadísticamente significativos.

En cuanto al consumo de alcohol los límites rígidos sobre la vida sentimental es un factor protector con un OR 0,53 (IC 95%: 0,33 – 0,84) en comparación con los límites flexibles.

Los límites difusos y rígidos son factores protectores para el consumo de alcohol, a diferencia de lo encontrado en el resto de estudios, pero estos resultados no son estadísticamente significativos.

Nuestro estudio indica que los límites rígidos sobre la vida sentimental encontramos que hay 0,55 veces menor prevalencia de consumo de drogas (IC 95%: 0,31 – 0,97) comparándolos con quienes tienen límites flexibles ( $p=0,04$ ).

Al analizar los datos obtenidos se halló que los límites difusos sobre la vida sentimental aumentan 2 veces la prevalencia de consumo de marihuana (IC 95%: 1,09 – 3,64)  $p=0,02$ . Los límites rígidos sobre actividades de diversión OR 0,42 (IC 95%: 0,21 – 0,85) y amigos OR: 0,46 (IC 95%: 0,22 – 0,95) son factores protectores, estos resultados son estadísticamente significativos.

### **5. Tipología familiar y consumo de sustancias.**

Naula (2017), manifiesta que el consumo de riesgo de alcohol se produce en un 3,3% en familias nucleares, en 1,1% de las familias extendidas y el 0% de familias monoparentales. En cuanto al consumo de tabaco Naula (2017), indica que el 11% proviene de familias nucleares, el 5,5% tiene familias extendidas y el 2,76% de familias monoparentales.

En nuestro estudio el 49,4% de los estudiantes que han consumido tabaco en los últimos 30 días provienen de familias biparentales, el 29,5% de familias monoparentales, el 8,1% de familias ampliadas, el 4,8% tiene una familia reconstituidas, el 4,1% en personas que viven solas, el 3,7% viven en equivalentes familiares y el 0,4% vive en pareja sola. Las familias monoparentales OR: 1,24 (IC 95%: 0,88 – 1,75); reconstituidas OR: 1,87 (IC 95%: 0,86 – 4,05) y equivalentes familiares OR: 1,96 (IC 95% 0,81 – 4,74) tienen mayor prevalencia de consumo de tabaco en comparación con las familias biparentales, siendo resultados similares a los encontrados en la mayoría de estudios, sin embargo, el resultado no es estadísticamente significativo.

De los estudiantes que han consumido alcohol en los últimos 30 días el 51,6% proviene de familias biparentales, el 27,3% de familias monoparentales, el 7,9% tiene una familia ampliada, el 5,7% corresponde la categoría de persona sin familia, el 3,7% tiene una familia reconstituida, el 2,7%

viven como equivalentes familiares y el 1,1% vive como pareja sola. El provenir de una familia monoparental aumenta la prevalencia para consumo de alcohol OR:1,61 (IC 95%: 0,82 – 3,15)  $p=0,15$ , datos similares a estudios relacionados al tema.

En el estudio de abuso de drogas en adolescentes y jóvenes de vulnerabilidad familiar UNODC (2013), se reflejó que el 83,8% de los consumidores e marihuana provienen de familias de padres separados, monoparentales y con un mayor porcentaje de desempleo.

Nuestros resultados revelan que hay 1,61 veces mayor prevalencia de consumo de marihuana en los estudiantes de familias monoparentales (IC 95%: 0,82 – 3,15) en relación a aquellos que tienen familias biparentales, sin ser este resultado estadísticamente significativo, correlacionándose con los estudios realizados respecto a este tema.

#### **6. Condición socioeconómica y consumo de sustancias**

Paqui (2017), manifiesta dentro de su estudio que el 14,4% de nivel socioeconómico medio alto presentan consumo de riesgo de alcohol, el 11,1% proviene de nivel medio, el 9,5% tiene una condición socioeconómica media - baja, el 7,1% nivel socioeconómico medio - alto y el 5,5% tiene nivel socioeconómico bajo. En nuestro estudio el 50,8% de los estudiantes que tienen consumo de riesgo de alcohol tienen una situación socio económica regular, el 45,3% condición socioeconómica buena, el 2,3% muy buena y el 1,6% muy mala.

#### **7. Consumo de alcohol y drogas en pares**

Gallego (2016) manifiesta que la variable más notable para consumo temprano de alcohol en adolescentes es el consumo de alcohol en pares con 11,8%.

En el estudio de González (2015) manifiesta que del 45 – 69% de los adolescentes beben con sus amigos y sólo el 8% con sus padres.

Nuestros datos revelaron que el tener amigos que se emborrachan aumenta la prevalencia de consumo de alcohol, resultado estadísticamente significativo con un OR:2,26 (IC 95%: 1,55 – 3,28)  $p=0,000$ , en comparación con los estudiantes que no tienen amigos que se emborrachan.

Tener familiares que se emborrachan aumenta 1,23 veces la prevalencia de consumo de alcohol (IC 95%: 0,67 – 2,28) en comparación con quienes no tienen familiares que se emborrachan, sin embargo, este resultado no es estadísticamente significativo.

Caravaca (2015) refiere que las relaciones familiares y la influencia de los pares constituye un factor de riesgo para consumo de drogas OR: 2,91,  $p=0,04$ .

En nuestro estudio se encuentra que el tener amigos que consuman drogas aumenta la prevalencia para consumo de estas sustancias en los estudiantes con un OR: 5,25 (IC 95%: 1,48 – 18,5)  $p=0,01$  para tener 1 amigo consumidor; si se tiene 2 o más amigos que consumen drogas la prevalencia aumenta a 7,25 veces (IC 95%: 3,27 – 16,07)  $p=0,00$ , en comparación con quienes no tienen amigos que consumen drogas.

El tener un familiar que consume drogas, OR 1,52 (IC 95%: 0,59 – 3,9) y dos o más familiares que consumen drogas aumenta 1,61 veces el riesgo del consumo de drogas (IC 95%: 0,34 – 7,60) en comparación con quienes no tienen familiares que consumen drogas, estos resultados no son significativamente significativos.

## CAPÍTULO VI

### Conclusiones y recomendaciones del estudio

#### 1. Conclusiones.

Existe una asociación de riesgo entre la disfunción familiar y el consumo de tabaco OR:1,22 (IC 95%: 0,75 – 1,99, este resultado no fue estadísticamente significativo. Existe asociación entre límites rígidos en la vida sentimental y el consumo de tabaco como factor protector OR: 0,50 (IC 95%: 0,30 – 0,83)  $p=0,000$ .

Las familias severamente disfuncionales aumentan la prevalencia de consumo de alcohol en comparación con las familias funcionales OR: 1,16 (IC 95%: 0,40 – 3,35),  $p=0,77$ , no estadísticamente significativo; los límites rígidos en la vida sentimental se relacionan con el consumo de alcohol como factor protector OR: 0,53 (IC 95%: 0,33 – 0,84)  $p=0,00$ .

El consumo de drogas ilícitas (marihuana) está asociado con la funcionalidad familiar, encontramos 2,3 veces mayor prevalencia de consumo de marihuana (IC 95% 0,83 – 6,4) en estudiantes que provienen de familias disfuncionales, y 1,7 veces mayor prevalencia en las familias moderadamente funcionales (IC 95%: 0,95 – 3,07) comparándolos con los estudiantes cuya familia es funcional, resultados que no son estadísticamente significativos.

En cuanto a los límites difusos en la vida sentimental existe dos veces más prevalencia en el consumo de marihuana (IC 95%: 1,09 – 3,64)  $p=0,02$ , en comparación con los límites flexibles.

Los límites rígidos en las actividades de diversión OR: 0,42 (IC 95%: 0,21 – 0,85)  $p=0,01$  y sobre los amigos OR: 0,46 (IC 95%: 0,22 – 0,95)  $p=0,03$  constituyendo un factor protector para el consumo de marihuana. La mayoría de estudiantes que consumen marihuana perciben su condición socio económica como regular.

Existe 3,82 veces mayor prevalencia de consumo de cocaína en estudiantes que provienen de familias disfuncionales (IC 95%: 1,17 – 12,39)  $p=0,02$ , estadísticamente significativo, en comparación con estudiantes de familias funcionales. No se encontró asociación estadísticamente significativa con los límites familiares.

No se encontró relaciones estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol, tabaco y drogas con la tipología familiar.

La edad media de consumo para el tabaco es de 16 años  $\pm$  2 años, con una mínima de 7 y una máxima de 22 años. La edad media de consumo para el alcohol es de 15 años  $\pm$  2 años, con un mínimo de 6 y un máximo de 23 años. La edad media de inicio de consumo de drogas es de 17 años  $\pm$  1,7 años, con una mínima de 12 y una máxima de 23 años.

El 79,5% de los estudiantes que, si consumen alcohol, presentan consumo riesgoso del mismo; mientras que el 37,1% de los estudiantes presenta síntomas de dependencia alcohólica.

En los estudiantes que consumen alcohol, se evidencia un alto consumo en sus pares y en menor porcentaje en sus familiares, por otra parte, en los estudiantes que consumen drogas el 75% refieren consumo en sus pares y un 22% tienen familiares que consumen drogas.

## **2. Recomendaciones.**

En vista de que la familia está perdiendo su función protectora frente al consumo de sustancias lícitas como ilícitas, creemos necesario fortalecer la comunicación entre los integrantes de la familia, lo cual acreciente su confianza para abordar esta problemática.

Es necesario que los médicos familiares ejerzan su rol de promotores de la salud, proveyendo guías anticipatorias a las familias desde la niñez, sin olvidar las familias con adolescentes que es donde se encuentra un mayor consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas.

Es prioritario abordar en los comités locales de salud, la problemática del consumo de sustancias lícitas que se encuentran en proceso de normalización, con una actitud pasiva por parte de la sociedad, sin tomar en cuenta que se llega a la adultez joven con serios problemas en cuanto al consumo de riesgo, así como también en los síntomas de dependencia del consumo de alcohol específicamente.

Las instituciones educativas de todos los niveles deben incluir en sus mallas curriculares, programas de prevención para evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas, no solo por la dependencia que producen, sino también por ser considerados como factores de riesgo para enfermedades y su impacto social.

## ANEXOS

## ANEXO 1. APROBACIÓN DE MACRO PROYECTO POR COMITÉ DE ÉTICA PUCE.

Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos



Quito, 22 de mayo de 2018  
Oficio-CEISH-535-2018

Señora magister  
**Andrea Carolina Estrella Proaño**  
Facultad de Enfermería de la PUCE  
Presente.

Estimada Mtr. Estrella:

El Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la PUCE, en la sesión del 17.05.2018, estudió el proyecto: **Hábitos y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con variables clínico-nutricionales y psicosociales.** Código 2018-22-EO.

Protocolo recibido inicialmente el 08.03.2018 y evaluado en las sesiones del 15.03.2018 y 17.05.2018.

Este proyecto se aprueba por el tiempo estimado de duración que es de 2 años.

Igualmente, con el fin de dar seguimiento, se solicita:

- comunicar por escrito, al CEISH-PUCE, el momento del inicio la investigación;
- entregar informe parcial y final cuando sea solicitado por el CEISH-PUCE.

Con nuestra consideración y estima,

  
Dra. Laura Arcos Terán  
Presidente

  
Dr. Hugo Zambrano  
Secretario

LAT/yar



Av. 12 de octubre 1076 y Ramón Roca  
Apartado postal 17-01-2184  
Telf.: (593) 2 299 17 00 ext. 2997  
Quito - Ecuador [www.puce.edu.ec](http://www.puce.edu.ec)



**ANEXO 2. APROBACIÓN DEL DECE PARA RECLUTAMIENTO DE ESTUDIANTES**

Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador  
Dirección General de Estudiantes  
Dirección General de Estudiantes



Quito, 5 de febrero de 2018  
DGE – 159-2018

Magíster  
Andrea Estrella Proaño  
**DIRECTORA DEL PROYECTO**  
Presente. –

De mi consideración:

Me permito informar que, dada a la importancia de esta investigación para la PUCE, y que la evidencia generada contribuirá a la toma de decisiones en cuanto a políticas y estrategias destinadas a promover hábitos y estilos de vida más saludables, lo cual redundará en beneficio de la comunidad universitaria.

Con este antecedente me comunico a usted, que se autoriza a la Mtr. Estrella a reclutar a los estudiantes que participarán del estudio en el Centro Médico de la PUCE, durante los periodos académicos primero y segundo 2018. Esta autorización se hará efectiva una vez que el proyecto presentado cuente con la aprobación del Comité de Ética de la PUCE.

Por la atención que se digno dar a la presente, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

  
Mtr. Lorena Araujo  
**DIRECTORA GENERAL DE ESTUDIANTES**



ANEXO 3.  
PARTE I

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA**  
**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR Y SU RELACIÓN CON**  
**VARIABLES CLÍNICO-NUTRICIONALES Y PSICOSOCIALES**

Estimado \_\_\_\_\_

**Sr/Srta. /Sra. Estudiante**

**Introducción**

Soy \_\_\_\_\_, encuestador de la  
(nombre del encuestador/a)

Pontificia Universidad Católica del Ecuador en Quito (PUCE). Le invito a participar de la investigación titulada “**HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR Y SU RELACIÓN CON VARIABLES CLÍNICO-NUTRICIONALES Y PSICOSOCIALES**”, propuesta por los investigadores: Andrea Estrella, Ma. Fernanda Rivadeneira, Susana Güijarro y Matias Murtagh.

**Explicación de la investigación**

El ingreso a la vida universitaria supone una serie de cambios en los hábitos y estilos de vida que genera riesgos para la salud física, mental y emocional de los estudiantes.

El estudio al que usted está siendo invitado a participar, se realiza con el propósito de determinar la asociación entre el estado nutricional, salud mental y salud sexual, con los hábitos y estilos de vida desarrollados por los estudiantes universitarios de la PUCE sedes Quito, Santo Domingo, Ibarra y Portoviejo durante 2018-2020.

**A continuación, vamos a mencionarle en qué consiste la investigación**

En esta investigación recopilaremos información de los estudiantes regulares de primer nivel del período académico II 2018, de ambos sexos, sanos, con edades comprendidas entre los 18 y 25 años de edad que acepten participar voluntariamente. No podrán formar parte del estudio estudiantes con: discapacidad física, enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión arterial, trastornos mentales diagnosticados como esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, bipolaridad, anorexia y bulimia, etc. y alteraciones hormonales (hipotiroidismo), así como estudiantes con antecedentes familiares de alcoholismo o cualquier otra adicción.

Para la obtención de datos usted recibirá una encuesta de autollenado, para garantizar su privacidad dividida en cuestionarios sobre:

- Datos sociodemográficos
- Hábitos alimentarios
- Patrones de actividad física
- Apoyo social

- Ansiedad y depresión
- Consumo de tabaco, alcohol y sustancias
- Salud sexual

La evidencia científica no ha demostrado que se genere daño físico o mental por la aplicación de los cuestionarios, los cuales han sido validados a nivel nacional e internacional.

De igual forma, se tomará su talla, peso, circunferencia de la cintura, circunferencia de la cadera y presión arterial por dos ocasiones, y una tercera vez si el valor de las tomas difiere en un valor previamente establecido por los investigadores.

### **Posibles riesgos y molestias**

Debido a que únicamente se realizarán encuestas no existe ningún riesgo en la participación en esta investigación.

### **Beneficios**

El beneficio directo que obtendrá al participar en esta investigación es la identificación temprana de factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estilos de vida como la obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, etc. De igual forma permitirá, identificar prematuramente problemas psicológicos como ansiedad y depresión.

Los resultados derivados de la investigación ayudarán a generar lineamientos institucionales PUCE sobre promoción de salud, estilos de vida saludables, prevención de enfermedades y conductas de apoyo.

### **Confidencialidad**

La información que nos proporcione será compartida solamente con el equipo de investigación, y será presentada en artículos y debates académicos, sin revelar su identidad personal. Los datos que serán colectados no se identificarán por su nombre, se hará una lista con un código y esta lista será guardada en un archivador en la Universidad.

### **Compensación**

La participación en el estudio es totalmente voluntaria, no existe ningún tipo de retribución por participar y usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento.

### **Información sobre autorizaciones para el estudio**

Este estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Dispone también de la autorización de la Dirección General de Estudiantes.

Si tiene alguna duda sobre lo expuesto anteriormente, realice todas las preguntas sobre sus derechos, objetivos y alcance del proyecto al investigador al momento de leer este consentimiento. No firme este consentimiento a menos que haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias. Si usted tiene alguna pregunta adicional como participante del estudio, usted puede contactar con la investigadora principal. Al número de teléfono 2991 700 ext. 2842 o al correo electrónico [acestrella@puce.edu.ec](mailto:acestrella@puce.edu.ec). En caso de alguna pregunta sobre sus derechos como participante en una investigación, por favor contacte al Dr. Hugo Guillermo Navarrete Zambrano, secretario del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la PUCE, Av. 12 de octubre 1076 y Roca. Tel. (02) 2991700 ext. 2917. Correo: [hnavarrete@puce.edu.ec](mailto:hnavarrete@puce.edu.ec)

**PARTE II****DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del participante), declaro que conozco y se me ha explicado:

- el fin del estudio propuesto
- los posibles riesgos y beneficios de la participación en el estudio
- los mecanismos para garantizar la confidencialidad en el manejo de LOS INSTRUMENTOS y los resultados de las encuestas,
- mi participación en este estudio es completamente voluntaria.
- puedo dejar este estudio en cualquier momento

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del participante), acepto participar de la segunda fase del estudio, en la cual se realizarán nuevamente todos los procedimientos indicados en este documento durante el periodo académico I 2019.

Persona que informa (delegado del equipo de investigación)  
 \_\_\_\_\_ (nombre) con \_\_\_\_\_ (Cédula de ciudadanía)

Declaro que he informado a \_\_\_\_\_ (nombre del participante) sobre:

- el propósito y la naturaleza del estudio,
- los criterios de inclusión y exclusión para la presente investigación,
- los posibles riesgos y beneficios de la participación en el estudio,
- los procesos para garantizar confidencialidad en el manejo de LOS INSTRUMENTOS y resultados de las encuestas,
- he contestado todas las inquietudes del participante, respecto a este estudio,

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_-\_\_\_\_- 2018  
 (lugar) (fecha dd-mm-aa)

**FIRMAS:**

Participante del estudio  
 C.C.

Delegado del equipo de investigación  
 C.C.

Si no es posible obtener una firma, utilice este espacio para la huella

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:**

\_\_\_\_\_ revoco mi decisión de participación en el estudio “Hábitos y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con variables clínico-nutricionales y psicosociales”, en la fecha: \_\_-\_\_- \_\_\_\_, comprendo que esta decisión no afectará mi actual o futuro proceso de atención sanitaria.

Firma del participante

\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos:

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018

## BIBLIOGRAFÍA

- Antonio, M, Arrijoja, G., De León, A., Velasco, L., et al. (2015). Resiliencia, conducta de salud y conducta de consumo de drogas en estudiantes universitarios. 3(1304), 55–67. <https://doi.org/10.1989/ejpad.v3i2.29>
- Ahumada, J. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Revista Ra Ximhai*, 13(2), 11.
- Alvarez, S. (2001). Papel del test de AUDIT para la detección de consumo excesivo de alcohol en atención primaria. *Medifam*, 11(9), 5.
- Arredondo, A. (2014). La acción cardioprotectora del uso moderado de alcohol. *Scielo*, 13.
- Barragán, A., Martos, A., Martínez, Á., Simón, M., Pérez-Fuentes, M. & Molero, M., (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia, 4, 49–61. <https://doi.org/10.1989/ejpad.v4i1.34>
- Barradas, M. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*, 6(12), 14.
- Beltran, Y., Hernández, A., Arévalo A, Bernal A (dir).(2015) Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos. [Tesis de grado en Internet]. [Santa Marta]: Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Betancourth, S. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Revista Universidad y Salud*, 19(1), 14.
- Brien, S. (2011). Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary hearth disease; systematic review and meta analysis of interventional studies. *British Journal Medicine*, 10.
- Campo, A. (2009). Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 38(2), 10.
- Castaño, G., García, J. & Marzo, J. (2014). Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), 47-54. Recuperado en 10 de diciembre de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000100006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100006&lng=es&tlng=es).
- Comunitaria, S. E. (2005). Guía de referencia rápida para abordar el consumo de alcohol. *PAPPS*, 20.

- Conde, K. (2017). Características de los instrumentos de tamizaje del trastorno por uso de alcohol en jóvenes universitarios de Argentina. *Revista Clínica y Salud*, 29(1), 15.
- Díaz, L. (2012). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios y personas con proceso de rehabilitación. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 18.
- Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. Institutos Nacionales de la Salud Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas. Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. Maryland 2014. Recuperado a partir de: [https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/redbook\\_spanish.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/redbook_spanish.pdf)
- Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *ADICCIONES*, 14, 61.
- Evora, S. (2017). Alcohol y fisiología humana. *ELSIEVER*, 8.
- Foxcroft, D. & Tsertsvadze, A., (2011) Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people, Cochrane Database of Systematic Reviews, 9:CD009308
- Freire, W., Ramírez-Luzuriaga M., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF., Monge R. (2014). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.
- Guerra, A. (2010). Principales consecuencias a largo plazo debidas al consumo moderado de alcohol. *El alcohol y sus consecuencias: un enfoque multiconceptual*, 15.
- Insulza, J. (2011) El problema de las drogas en las américas: estudios drogas y salud pública. Organización de los Estados Americanos.
- Jamal, A., Gentzke, A., et al (2017) Uso de tabaco entre estudiantes de secundaria y preparatoria en Estados Unidos, 2011-2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*.2017; 66 (23): 597. Epub 2017
- LENGUA, R. A. (2019). *Diccionario* . Madrid: ASALE.
- Levitt, A.& Cooper, L. (2015) Should parents allow their adolescent children to drink at home? Family factors as predictors of alcohol involvement trajectories over 15 years. Newyork: J. Stud. Alcohol Drugs. 76: 661 – 670.
- Manrique, L. & Veloza, M. (2017) Dinámica familiar del adolescente cuyos padres consumen alcohol y marihuana [Tesis Doctoral en Internet].[Cundinamarca]: Universidad de la Sabana. Recuperado a partir de: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/30383>.

- Medina, M. E. (1991). Los patrones de consumo de alcohol y los síntomas de dependencia en la población urbana de la república Mexicana. *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría*, 5.
- Méndez, J. (2015). El consumo de alcohol en universitarios. Estudio de las relaciones entre las causas y los efectos negativos. *Revista Complutense de Educación*, 6.
- Muñoz, J. (2010). Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad. *Medigraphic*, 11.
- Morales, H. (2008). Factores asociados y trayectorias del desarrollo del comportamiento antisocial durante la adolescencia: implicancias para la prevención de la violencia juvenil en América Latina. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 129–142. Retrieved from <http://www.redalyc.org/exportarcita.oa?id=28442114>
- Moreira, T., Smith, L. & Foxcroft, D. (2009), “Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students,” Cochrane Database of Systematic Reviews 3:CD006748.
- National Institute on Drug Abuse. Lecciones aprendidas de las investigaciones sobre la prevención. National Institute on Drug Abuse website.
- National Institute on Drug Abuse NIDA (2016) Alucinógenos y drogas disociativas. Recuperado de:  
[https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/df\\_allucinogens\\_spanish\\_04012016.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/df_allucinogens_spanish_04012016.pdf)
- Noriega, P. (2012). Efectos del alcohol sobre la fisiología humana. *ELSEVIER*, 5.
- Rivolta, S. (2012). Caracterización de los factores familiares de riesgo en el consumo de sustancias, en estudiantes de enseñanza media. *Revista de Salud Pública*, 67–81. Retrieved from [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP12\\_2\\_10\\_Caract factores familiares de riesgo en consumo de sustancias.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP12_2_10_Caract factores familiares de riesgo en consumo de sustancias.pdf)
- UNODC & DEVIDA: III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Perú, 2016. (2017). Retrieved from [https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2017/Informe\\_Universitarios\\_Peru.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2017/Informe_Universitarios_Peru.pdf)

- Organización Mundial de la Salud OMS (2008) Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- Organización de Estados Americanos. (2010) Evaluación del progreso de control de drogas Ecuador 2007-2009. pp. 12-14.
- Pérez, M., Pérez, R., Martínez, J., Leal, F., Mesa, I. & Jiménez, I. (2007). Family structure and function during adolescence: Relationship with social support, tobacco, alcohol and drugs consumption, and psychic discomfort. *Atencion Primaria*, 39(2), 61–65. <https://doi.org/10.1157/13098670>
- Pérez, M., Pérez, R., Martínez, J., Leal, F., Mesa, I., Jiménez, I. & Valle, E. (2009). Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década. *Atención primaria*. 41(9), 479–485.
- Pérez, M., Jiménez, I., Leal, F., Martínez, J., Pérez, R. & Martínez M. (2001) ¿Acude el adolescente al médico? Estudio sobre frecuentación y factores asociados. Jaén: Atención Primaria. 28(1): 118
- Pérua, L. (2005). Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *ELSEVIER*, 36(9), 30.
- Petrie, J., Bunn, F. & Byrne, G. (2007) Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review, *Health Education Research*, 22(2):177-91
- Rial, A. (2017). Validación del AUDIT en población adolescente española. *Psicología conductual*, 25(2), 15.
- Riviére, A. (1992). La Teoría social del aprendizaje, implicaciones educativas. Desarrollo psicológico y Educación(II). comp.. Coll, C.; Palacios, J.; Marchesi, A. Ed. Alianza. Madrid. 1992
- Rojas, M. & Rodríguez, A. (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Lima: UNODC. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO\\_ADOLESCENTES\\_SPAs\\_UNODC-CEDRO.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf)
- Rüütel, E., Sisask, M., Värnik, A., Värnik, P., Carli, V., Wasserman, C., & Wasserman, D. (2014). Alcohol consumption patterns among adolescents are related to family structure and exposure to drunkenness within the family: Results from the SEYLE project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(12), 12700–12715. <https://doi.org/10.3390/ijerph111212700>
- Santiago, E. (2017). Alcohol y fisiología humana. *ELSEVIER*.

Schauer, G., Agaku, S., King, B., Malarcher, A. (2014). Asesoramiento del proveedor de atención médico para el consumo de tabaco en adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Tabaco para jóvenes 2011. *Pediatría* 2014; 134: 446.

Sockrider, M., Rosen, J. (2018). Prevention of smoking initiation in children and adolescents. Up to Date 2019.

National Institute on Drug Abuse. Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (2004) Segunda edición. National Institute on Drug Abuse website. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas-en-los-ninos-y-los-adolescentes-segunda-edicion>.