



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN – León.

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Investigación en Demografía y Salud- CIDS

Y

Centro para las Adicciones y Salud Mental, Ontario, Canadá



Maestría en Salud Mental y Adicciones

Protocolo de Investigación

Título

Prevalencia, razones de consumo de sustancias psicoactivas relacionadas a disfunción familiar, distrés psicológico en adolescentes 10^{mo} y 11^{vo} grado del Instituto Nacional de Occidente. León Agosto- Septiembre 2013.

Autora: Lic. Aura Mercedes Herrera Espinoza.

Tutor: Dr. Andrés Herrera Rodríguez Ph.D



León 13/12/ 2013.

Dedicatoria

Quiero dedicarle este trabajo en primer lugar a dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, ser el manantial de vida y darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos.

A mi amado esposo Obed Prado Arrieta quien ha sido un gran amigo, compañero y consejero durante todos los años que llevamos juntos, y quien me ha brindado su solidaridad en este período de estudios y sobre todo en este proceso de elaboración de tesis.

A mis amados y adorados hijos Obed David, Kaleb Esaú quienes constituyen el mayor regalo que Dios me ha dado, a ellos les quiero dedicar muy especialmente este esfuerzo. Ya que sobre llevaron la soledad y mi ausencia.

Lic. Aura Mercedes Herrera Espinoza

Msc. En Educación Superior en Salud

Agradecimiento

A Dr. Francisco Bustamante y a mi equipo de trabajo de práctica comunitaria que siempre me colaboró cuando necesitaba ausentarme facilitando la culminación del trabajo investigativo.

Con el presente estudio quiero agradecer a las autoridades del centro en donde se realizó el estudio en especial al Profesor Carlos Rizo el cual me recibió de manera amable y me apoyo en la ejecución del proceso de recolección de los datos.

A mi estimado tutor Dr. Andrés Herrera que estuvo dispuesto en el apoyo y acompañamiento en todo momento, y en todo el proceso investigativo del presente estudio.

Lic. Aura Mercedes Herrera Espinoza

Msc. En Educación Superior en Salud

ÍNDICE

Contenido	Pagina
I. INTRODUCCION _____	1
II. ANTECEDENTES _____	3
III. JUSTIFICACION _____	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	6
V. OBJETIVOS _____	7
VI. MARCO TEORICO _____	8
VII.DISEÑO METODOLOGICO _____	27
7.1. Tipo de estudio	
7.2. Área de estudio	
7.3. Unidad de análisis	
7.4. Población	
7.5. Método de recolección de datos	
7.6. Variables	
7.7. Procesamiento de la información	
7.8. Aspectos éticos	
VIII. RESULTADOS _____	31
IX. DISCUSION _____	41
X. CONCLUSIONES _____	47
XI. RECOMENDACIONES _____	48
XII.BIBLIOGRAFIA _____	49
XIII. ANEXOS _____	52

Resumen

Existe preocupación sobre el consumo de diferentes sustancias psicoactivas en adolescentes en especial en los centros de estudios de secundaria donde hay una dinámica de comportamiento que incide en el consumo de sustancias psicoactivas. Este estudio tuvo como objetivo conocer la prevalencia y razones de consumo de sustancias psicoactivas, relacionado a disfunción familiar, distrés psicológico en adolescentes 10^{mo} y 11^{vo} grado Agosto- Septiembre 2013.

Es un estudio de corte transversal analítico, la muestra fue probabilística aleatoria de 202 adolescentes. Se aplicaron cuatro instrumentos encuesta, test AUDIT, apgar de la familia y distrés psicológico.

La Prevalencia global de consumo fue 46%, siendo el 55% el sexo masculino, y 45% femenino, con una media de edad de 17. La edad de inicio es a los 11, inician más temprano el sexo femenino, las razones de consumo son experimentar, sentimientos de tristeza presión de amigos. Del 100% que consumen el 60% presenta distrés severo - muy severo, el 37% distrés bajo-moderado, del 100% que consumen el 60% presenta algún grado de disfuncionalidad familiar, el 42% tienen familias normofuncionales.

La prevalencia de consumo de las diferentes sustancias es 46%, la edad de mayor consumo es 15-19, el sexo que más consume es el masculino, la triada de mayor consumo fue alcohol, marihuana, crack. Las razones de consumo es experimentar, relajación, sentimientos de tristeza. El distrés psicológico es un factor de riesgo relacionado al consumo de sustancias, y la familias normo funcionales son un factor protector ante el consumo de sustancias.

Palabras claves: Sustancias psicoactivas, Adolescentes, Consumo, distrés psicológico, apgar de la familia, Test AUDIT.

I. Introducción

El proceso de desarrollo de cada adolescente depende de su historia individual y puede ser explicado como una interacción dinámica entre los jóvenes y las características ambientales (sociales, familiares y culturales) en las que se desenvuelven.(Perez 2010)

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que los adolescentes consuman alcohol y/o drogas, una de las principales es la disfunción familiar.

Un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membrecía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas» el consumo de sustancias entre los jóvenes se ha convertido en uno de los problemas que más preocupa a los padres, madres y educadores en la actualidad. La juventud de los países desarrollados está expuesta desde muy temprana edad a entrar en contacto con la oferta de droga. De hecho, a pesar del aumento de campañas informativas sobre los peligros del consumo de estupefacientes; **drogas y juventud** siguen siendo dos palabras que son amplificadas por los medios de comunicación. Según, la Encuesta Estatal del observatorio Español sobre Drogas aborda el Uso de Drogas entre Estudiantes de Secundaria (ESTUDES 2008), centrada en chicos y chicas de 14 a 18 años. Esta encuesta muestra la relación existente entre el progreso en el consumo de las diferentes sustancias, de modo que el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) influye en el inicio del consumo de drogas ilegales.(Valverde 2010)

No cabe duda que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (cannabis, anfetaminas, cocaína) es uno de los comportamientos más problemáticos de los jóvenes en la actualidad; no en vano la adolescencia constituye la etapa de mayor riesgo en el inicio de conductas de consumo. Este hecho quizás se encuentre favorecido por determinadas características distintivas de este período evolutivo, tales como la búsqueda de autonomía e identidad personal, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas y la importancia otorgada al grupo de iguales(Lopez 1989).

La tendencias de Poli consumo de drogas de abuso en América Latina según el segundo informe regional de consumo drogas de abuso en jóvenes escolarizados indica que tipo de droga consumida, en la mayoría de los casos de mono consumo se trata de uso exclusivo de marihuana. El poli consumo de drogas ilícitas, por lo tanto, alcanza al 31,8% restante, es decir cerca de un tercio de quienes consumieron drogas en el último año usaron más de una (sin

incluir tabaco o alcohol). La distribución del poli consumo es bastante pareja entre los distintos países, aunque existen algunas diferencias, tanto en la magnitud del poli consumo como en las drogas consumidas y sus combinaciones.

La marihuana es la droga ilegal más consumida, la que presenta mayor porcentaje de mono consumo como así también la de mayor presencia en las combinaciones posibles.(Beleño 2011)

Según el artículo Alcohol y salud pública en las Américas un caso para la acción se registró en el 2005 refiere que en Nicaragua el consumo de alcohol entre jóvenes escolares 14 a 17 años de edad el uso durante el año anterior en Mujeres es de 32.3% y en el último mes de 16.0 %. Y en hombres es de 44.3% y de 26.1% respectivamente. (Monteiro 2007)

En los estudiantes de Nicaragua la prevalencia del consumo la droga ilícita más consumida es la marihuana, esta es seguida en frecuencia por el clorhidrato de cocaína, los solventes e inhalables y el crack. El éxtasis y otras anfetaminas han aumentado en los últimos estudios su prevalencia de consumo. Tanto los estimulantes como los tranquilizantes son usados por los estudiantes en prevalencias de consumo superiores que cualquier droga ilícita. El cigarrillo y el alcohol es consumido en un alto porcentaje, cerca de la mitad de los estudiantes han consumido una de las dos drogas lícitas al menos una vez en su vida.

La prevalencia de consumo va en aumento de acuerdo a la edad, siendo mínimas entre las edades de 12 a 14 años, y máximas desde los 17 años a más. Se cumple que “a mayor edad, mayor consumo”(Sanchez 2005)

II. Antecedentes.

El consumo de sustancias psicoactivas está presente en los diferentes grupos de edades, en especial los adolescentes tienden a iniciar de forma temprana. En 2005 en Guayaquil-Ecuador un estudio sobre “La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes”, refiere que la edad de inicio del consumo más frecuente está entre los 14 y 15 años; el motivo más común de inicio es la curiosidad y el de persistencia de consumo es la participación en celebraciones. En la población con abuso la edad promedio es de 15.94 años. Se encontró mayor abuso en presencia de disfunción familiar severa o condición socio-económica baja y mayor consumo en caso de disfunción familiar leve o condición socio-económica alta. (Ramírez MR 2005)

Un estudio realizado en Lima en 2004 sobre **Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes** encontró que la prevalencia de uso de cualquier sustancia fue del 43%, el factor psicosocial más asociado al problema de consumo de drogas fue el estrés psicológico severo. Se ha evidenciado que los adolescentes que presentan estrés psicológico severo coinciden con el aumento en la prevalencia del problema de consumo de alcohol y drogas. Generando sentimientos de frustración que los haría más propensos a adoptar conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y drogas. Dando como resultado una relación problemática entre su entorno, y de comunicación con sus padres. (Salazar 2004)

En el municipio de Guatapé Antioquia (Colombia) en 2005 un estudio a estudiantes de secundaria de una institución Educativa Nuestra señora del Pilar señala que el consumo de sustancias psicoactivas se presentó en un 3.8%, siendo la sustancia de mayor consumo la marihuana, y destacándose el sexo masculino prevalencia en el último año de 1.56%. (Corrales. A. Corrales .S. C 2005)

En 2010 estudio realizado en la ciudad de León, sobre consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgos familiares en adolescentes reportó que la prevalencia de consumo en adolescentes (15 a 19 años), presentaron 53% de consumo de alcohol y tabaco y un 47 % uso de otras drogas, y los factores de riesgos familiares encontrados fueron asociados a la ausencia de los padres, caracterizada por la disfunción familiar, presencia de problemas afectivos en el hogar. (Canales Q. Francisca. G 2010)

En Nicaragua en la UNAN-León sobre Poli consumo de drogas revelo que el 52.1% ha utilizado droga alguna vez en su vida y la edad media de inicio de consumo ha sido a los 15.5 años.(Castro.N.Cortez 2010)

En 2012 los estudiantes de Maestría en salud mental y adicciones del CIDS de la UNAN- León realizaron un pilotaje sobre la prevalencia del uso de sustancia psicoactivas y su relación con las razones de consumo, riesgo de violencia y desesperanza en estudiantes del 10mo y 11vo grado de un Instituto Público de la ciudad de León, de 480 estudiantes participaron en el estudio 110, donde se encontró que 38 (35%) consumen sustancias psicoactiva y las sustancias más usadas son: tabaco, alcohol, cocaína cannabis y crack. (Mental. 2012)

III. Justificación.

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública lo cual a largo plazo puede provocar en el adolescente un deterioro en la salud, ya que se pierde la capacidad productiva como consumidores o dependientes de sustancias, perdiendo su potencial lo que resulta como consecuencia el desempleo, pobreza y conductas antisociales teniendo una probable disfunción familiar.

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactiva en los adolescentes, en León al igual que en los otros departamentos del país, ha ido en ascenso así como lo señalan estudios realizados en este tema. La prevalencia de consumo en el INO en grupo de adolescentes es de 35% y las sustancias más usadas son: tabaco, alcohol, cocaína cannabis y crack(Mental. 2012).

A pesar de que no hay muchos estudios realizados a nivel local que incluyan de forma simultánea el consumo, el estrés psicológico y la funcionabilidad familiar si hay referencias bibliográficas que confirman la relación estrecha entre sí.

Por lo antes mencionado con los hallazgos encontrados en este estudio serán de utilidad para el equipo de dirección y Consejera del Centro Educativo que les permita buscar estrategias en el abordaje de los jóvenes en riesgo, que fortalezcan las actividades de estilo de vida saludable, sensibilización en la prevención de consumo de sustancias psicoactivas, contribuyendo a mejorar la calidad de vida en los adolescentes, además de beneficiar la integración familiar y la seguridad de la comunidad .

IV. Planteamiento del problema

La relación adolescencia-droga es bidireccional por un lado ciertas características de este periodo evolutivo puede facilitar el consumo de alcohol y drogas, de hecho el consumo suele iniciarse en esta etapa de la vida, por otro lado, el consumo abusivo puede interferir en el desarrollo saludable del adolescente.(Espada Jose **2003**)

Se considera al alcohol como “la puerta” de entrada al consumo de otras sustancias. Los estudiantes de secundaria son una población en edad vulnerables ante el inicio de consumo de sustancias psicoactiva, por su caracterizada inseguridad generada en esta etapa, curiosidad a nuevas experiencias, los sentimiento encontrados que favorece el conflicto en la familia conlleva a un aumento del riesgo de esta práctica.

Por todo lo anterior es importante conocer oportunamente que está sucediendo con los jóvenes ante que se conviertan en consumidores de sustancias psicoactiva por lo que planteamos la siguiente pregunta de investigación.(Medina 1990)

¿Cuál es la prevalencia y razones de consumo de sustancias psicoactivas relacionada asociada a disfunción familiar, distrés psicológico en adolescentes del 10^{mo} y 11^{vo} del Instituto Nacional de Occidente Benito Mauricio Lacayo, León Agosto- Septiembre 2013?

V. Objetivos

General

Conocer la prevalencia y razones de consumo de sustancias psicoactivas relacionada a disfunción familiar, distrés psicológico en adolescentes 10^{mo} y 11^{vo} grado del Instituto Nacional de Occidente Benito Mauricio Lacayo, León Agosto- Septiembre 2013.

Específicos.

- ◆ Describir la caracterización demográfica de los adolescentes de 10^{mo} y 11^{vo} grado que asisten a un instituto público de secundaria de la ciudad de León.
- ◆ Establecer la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas legales e ilegales de los participantes del estudio.
- ◆ Identificar las razones de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas legales e ilegales de los participantes del estudio.
- ◆ Determinar la funcionabilidad familiar y distrés psicológico relacionado a la prevalencia de sustancias psicoactivas de los participantes del estudio.

VI. Marco teórico

La adolescencia: Es la etapa donde existen diferentes enfoques y disciplinas que se encargan de definir este período:

Cronológicamente: De acuerdo al criterio utilizado por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se la define como el lapso de tiempo que comprende entre los 10 y los 19 años. Este período, a su vez, puede ser subdividido en tres fases: adolescencia temprana, media y adolescencia tardía. La duración de estas etapas varía tanto individual como culturalmente, aunque en términos generales se puede afirmar que la primera va desde los 10 a los 13 años, la segunda desde los 14 a los 16 años y la tercera desde los 17 a los 19 años, respectivamente.(Organizacion Paramericana de la Salud/Organizacion Mundial de la salud. (O.P.S-OMS) CENEP (FNUAP) 2000)

Sociológicamente: Es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, tanto en los aspectos económicos como sociales.

Psicológicamente: “La adolescencia es un período crucial del ciclo vital, en el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia.”(Jimenez-J 2010).

En el contexto centro americano El Salvador, el consumo de sustancias psicoactivas lícitas (alcohol y tabaco) en estudiantes de ambos sexos de 16 a 45 años de edad que cursan entre el primero y quinto año de estudio”. Mostró que la mayor proporción de consumo de sustancias psicoactivas lícitas (alcohol y tabaco) es en las edades tempranas o jóvenes (16 a 25 años), y en ambos sexos (masculinos y femeninos), esto confirma la teoría de Bandura en la cual menciona que lo más importante para el joven es crear y mantener relaciones con otros de su misma edad lo que lo induce al uso de estas.(Jenner.C.V. 2004)

En Nicaragua La droga ilícita más consumida en los estudiantes de es la marihuana, seguida en frecuencia por el clorhidrato de cocaína, los solventes e inhalables y el crack. Las edades de

inicio oscilan entre los 12 a 14 años. Cerca de la mitad han consumido una de las dos drogas lícitas al menos una vez en su vida.

El comportamiento de la prevalencia de consumo según el grado académico sigue un patrón. Hay un gran aumento desde el 2do grado al 4to grado de secundaria, y luego un pequeño aumento desde este al 5to grado, cuando los estudiantes aumentan de grado académico consumen más drogas.(Jenner.C.V. 2004)

Un estudio realizado en la Universidad de San Pablo, Brasil, encontró un alto consumo de alcohol (prevalentes del último mes), principalmente entre los estudiantes varones; la droga ilícita más consumida fue la marihuana en el último año de 26% entre los hombres la cual es mayor que en las mujeres. Otro estudio en estudiantes universitarios registró una situación similar: el 65% declaró consumo actual de alcohol; la marihuana fue la droga ilícita de mayor. En este estudio los datos encontrados acerca la prevalencia en el patrón de consumo coincide con ambos estudios, con la variante que el mayor consumo está presente en la última semana en el caso del alcohol. En este estudio el consumo de crack es menos usado, quizás por el costo y la disponibilidad para el adolescente.(Stempliuk VA 2005)

Herrera. A 2012 en su estudio de poli consumo de sustancias en cinco países de América Latina encontró que r los patrones de poli consumo simultáneo de sustancias psicoactivas y sus implicaciones de género, legales y sociales, en estudiantes de primer y segundo año de las facultades de ciencias de la salud/ciencias médicas, en siete universidades de cinco países latinoamericanos, Colombia, Nicaragua, Chile, Brasil y El Salvador, y un país caribeño, Jamaica. El diseño fue un corte transversal. Las combinaciones de alcohol + tabaco y de alcohol + marihuana fueron las más reportadas en todas las universidades, a excepción de alcohol + tabaco en Jamaica. En las universidades de Chile, Colombia y Nicaragua, “tienen problemas con su pareja sentimental”. Tres entornos se relacionaron, de manera positiva o negativa, con el poli consumo simultáneo de sustancias psicoactivas: estudiantil, familiar y de comportamiento sexual.

Las sustancias psicoactivas:

Las sustancias psicoactivas producen sensaciones psíquicas además de efectos físicos, dependiendo de su pertenencia a distintos grupos:

- Psicoanaléptico (Estimulantes) La cocaína, las anfetaminas la cafeína.

- Psicolépticos (Depresores) –Alcohol, narcóticos (el opio, la morfina y la heroína) inhalables (gasolina, acetona, pegantes)
- Psicodislépticos (Alucinógenos) Los hongos mágicos
- **Sustancias mixtas:** producen efectos combinados, es decir, pueden disminuir o acelerar el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central. Dentro de este grupo encontramos: La marihuana ,el éxtasis, cannabinoides

Todas poseen además propiedades de refuerzo, entendidas como la capacidad de producir efectos que despiertan en el que las utiliza el deseo imperioso de consumirlas otra vez, en la búsqueda de efectos similares.

Sustancia psicoactiva

Las sustancias psicoactivas modifican la síntesis, la degradación, o la liberación de neurotransmisores y neuro péptidos cerebrales. Son sustancias químicamente muy diversas, que se unen a distintos sitios iniciales en el cerebro y la periferia, generando una combinación diferente de efectos fisiológicos y conductuales luego de su administración.

Según la Organización Mundial de salud droga es: “Toda sustancia que al ser introducida al cuerpo produce un cambio temporal o permanente en las funciones fisiológicas, en los sentimientos o en la conducta.

Las drogas también conocidas como “fármaco”: “Es toda sustancia química que introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas o químicas de este.”(Salazar 2004)

“Son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función de juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona.” (Salazar 2004)

La drogadicción, drogodependencia, o también llamada dependencia o sustancias psicoactivas “es la imperiosa necesidad que una persona tiene por consumir bebidas con contenido alcohólico u otra clase de drogas (marihuana, cochina, inhalante, tranquilizantes, alucinógenos(Salazar 2004)

En relación al uso de droga y género: En las últimas décadas el consumo de sustancias ha crecido en forma importante; entre las mujeres, sigue manteniéndose en niveles sensible mente inferiores a los observados entre los hombres. No obstante, el ritmo de crecimiento de los

consumos ha sido proporcionalmente más intenso entre las mujeres, lo que unido a equiparación de los consumos entre los grupos de edad más jóvenes, hace permisible que continúen reduciéndose las diferencia entre hombres y mujeres.(Sánchez Pardo 2006)

Adicción: El termino adicción se refiere al “uso permanente, frecuente e incontrolable de una sustancia.-Este comportamiento compulsivo está motivado por la sustancia consumida”

Tolerancia:”Es la necesidad que experimentan los consumidores de sustancias psicoactivas de ingerir dosis mayores con propósito de obtener el mismo efecto inicial.(Salazar 2004)

Dependencia:

“Es la necesidad física o psicológica, que experimentan una persona de consumir alguna sustancia.(Salazar 2004)

Medina- Mora (1990) En 1848 una investigación en estudiantes de educación media y media superior de la Ciudad de Pachuca, analizaron la relación del intento de suicidio con el malestar depresivo y el uso de sustancias, el 45.9% fueron hombres y 54.1% mujeres. Su reporte encontró que del 100% de los participantes del estudio un 10% se intentaron quitar la vida, y además que las mujeres tiene 2.3 veces más riesgo de intento de suicidio.(Medina 1990)

Becoña, España 2001 en un estudio sobre Uso de droga y drogo dependencia señalan un incremento del uso de alcohol y otras drogas en las últimas décadas encontrando una equivalencia de consumo entre ambos sexos, y en los grupos de 14 a 19 años principalmente. Los datos encontrados en el presente estudio tienen una similitud en la prevalencia por sexo ya que la diferencia del consumo es mínima, y la edad de mayor prevalencia es a partir de los 14 años.

Causas sociales e individuales del consumo de droga.

Uno de los aspectos complejos de las conductas adictivas es su relación con el placer, alivio y otra compensación a corto plazo; pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo. Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan a muchos aspectos diferentes de la vida de una persona.(Fantin 2011)

Estas consecuencias son muy diversas y pueden agruparse en dos grande grupos:

Prevención del uso de sustancias psicoactivas

- 1. Medios de comunicación:** Los medios de comunicación tienen hoy día un rol central en la promoción de conductas dañinas o protectoras de la salud.
- 2.2 Medios audio visuales:** La televisión y el cine, pueden fomentar que el uso de sustancias químicas sea en forma directa(a través de avisos promocionales) o indirecta(al mostrar a sus héroes, cantantes, o actores famosos consumiendo alcohol o tabaco, y sugerir que son modelos dignos de ser imitados).



Figura No. 1 Niveles de daños que provoca el consumo de droga (Modelo de construcción adaptado partiendo del modelo ecológico) (Fantin 2011)

Razones de consumo de sustancias psicoactiva.

Las personas que consumen las distintas sustancias parecen hacerlo por una diversidad de razones, unas veces expresadas, otras inconscientes.

Las razones más comunes son:

- ◆ Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de determinados productos.
- ◆ Presión de los pares: pertenecer a un grupo o ser aceptados por otros.
- ◆ Tener experiencias nuevas, placenteras, emocionales o peligrosas.
- ◆ Expresar independencia y a veces hostilidad.
- ◆ Personalidad mal integrada.
- ◆ Desajuste emocionales, intelectuales, y sociales.
- ◆ Descontento de su calidad de vida, ausencia de proyecto de vida.
- ◆ Carencia de autoestima.
- ◆ Falta de información acerca de los peligros del uso indebido de drogas.

- ◆ Ambiente desfavorable, crisis familiares y fácil acceso a menudo a sustancias que producen dependencia.
- ◆ Escapar del dolor, la tensión o la frustración.

Los importantes factores señalados, reforzados por los efectos farmacológicos y de otra índole que producen las drogas causantes de dependencia, pueden hacer a estos productos atractivos para algunos jóvenes que los experimenten.

Las posibles propiedades fármaco dinámicas de las drogas pueden ser, según la droga empleada:

- ◆ Alivio del dolor de la ansiedad
- ◆ Disminución de las inhibiciones.
- ◆ Sensación de bienestar.
- ◆ Relajación y embotamiento de la conciencia.
- ◆ Sensación de alivio de la fatiga.
- ◆ Producción de estados eufóricos.

Se debe recordar que la fármaco dependencia será reciproca a la acción entre la droga y el sujeto que la toma, así como la que hay entre éste y el medio ambiente.

Teoría de consumo de sustancias psicoactivas

La teoría del aprendizaje social:

La teoría del aprendizaje sociales una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta

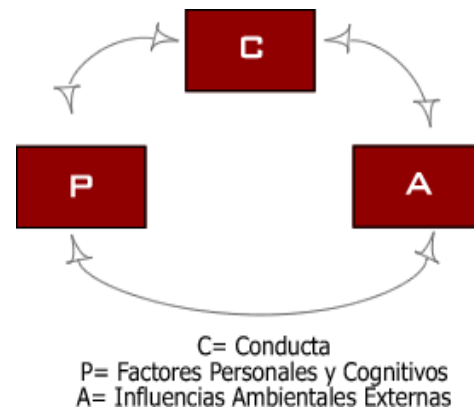
La teoría del aprendizaje social fue propuesta por (Bandura 1987), haciendo la aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. La porción cognitiva reconoce la influyente contribución causal de los procesos de pensamiento hacia la motivación, afecto y acción humana

Propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta:

- 1) Los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico;
- 2) Las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental
- 3) Los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

La Teoría Cognitiva Social: resultar de una considerable utilidad para explicar el proceso que, a nivel de cogniciones (expectativas, creencias, pensamientos), encausa a un sujeto hacia una conducta de consumo (Lopez-Torrencilla 2002).

Es decir, las cogniciones funcionan como detonadores de la decisión de consumo/no consumo, ya que, debido a los altos niveles de estrés y, no tener la percepción de conductas alternativas, se inician los episodios de consumo para pasar a los hábitos.



Marco conceptual para la conducta de riesgo en adolescentes.

Factor de riesgo: Biológicos-Genéticos-Medio-social-Medio percibido-Personalidad, Conducta.

Conducta de riesgo: Estilo de vida del adolescente

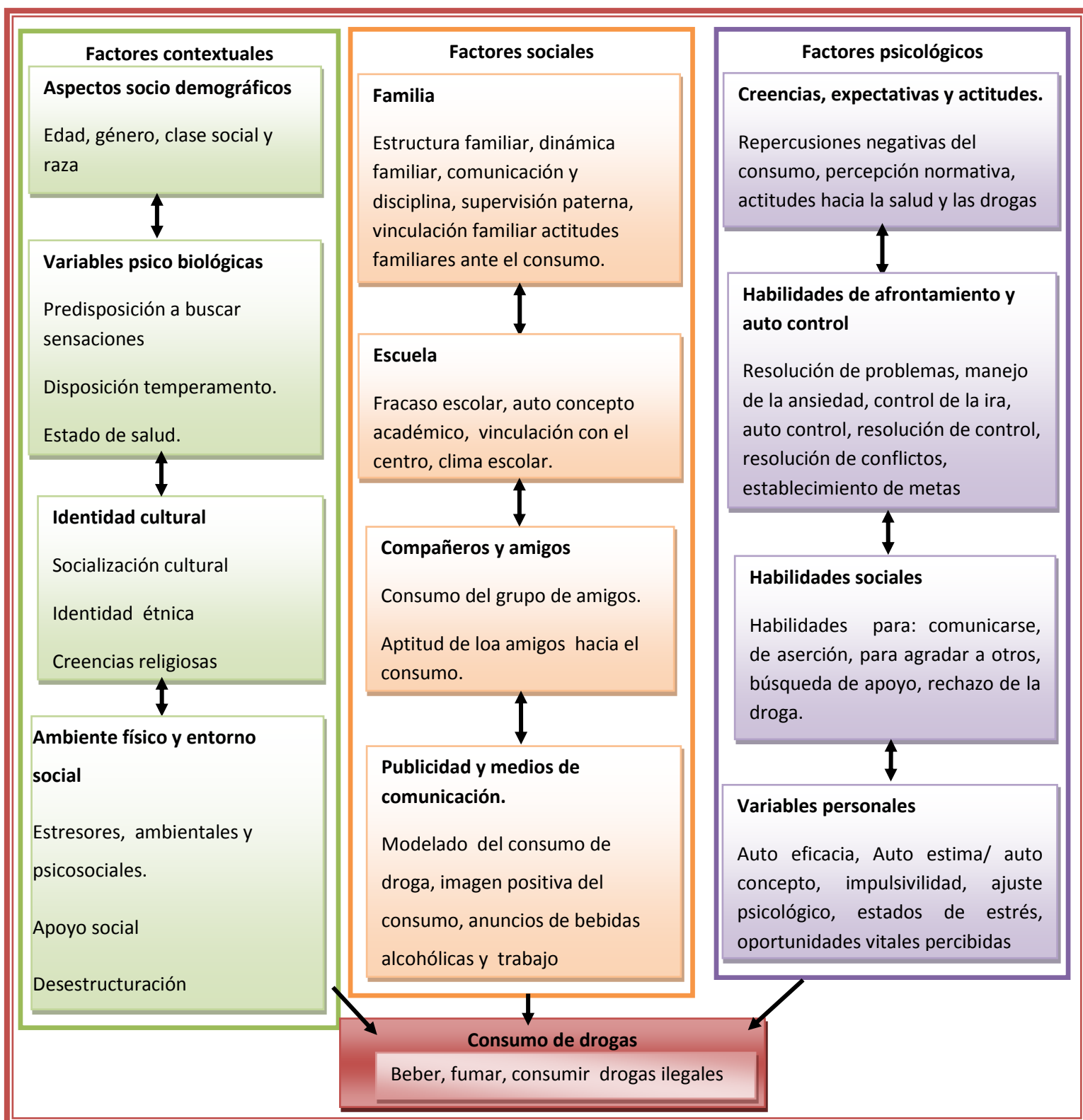
Resultado del riesgo: Resultados del compromiso salida/ vida, salud roles sociales, desarrollo personal, preparación para la vida adulta

Esta plenamente demostrado que algunas personas, a causa de su propia constitución y a ciertas características orgánicas heredadas son más propensos a la adicción. Sin embargo, reiteramos que es indispensable que esas condiciones interactúen con los elementos socioculturales (la disponibilidad de la droga, la pertenencia a una sociedad permisiva.) (Largaespada-T 2004)

El modelo sociológico: Considera que el sujeto en este caso el joven, se definirá en función de su pertenencia a un determinado grupo social y a una cultura juvenil concreta El foco de atención se

encuentra en las redes y dinámicas sociales y culturales que definen los comportamientos del individuo, quedando relegado a un segundo plano los aspectos individuales. De este modo “El sistema de relaciones grupales y dinámicas de comportamiento determinan el rol que deben de desempeñar el individuo y los patrones o pautas de conductas al que debe ajustarse. (Pastor, J.C., and López-Latorre, M.J, 1993) Desde este análisis el joven consumidor de sustancias es un sujeto que ocupa una posición definida dentro de determinado grupo. Diversos estudios han puesto de manifiesto las diferencias entre los patrones de consumo según el lugar de residencia de los adolescentes y se ven influidos por un patrón de cultura lo que quizás dificulta la determinación de estas diferencias. (Newcomb 1989)

Fig.: 2 Modelo integrador de influencias en el consumo de alcohol y otras drogas



El modelo integrador de los factores de riesgo

En este modelo se representa un modelo que integra los principales factores que contribuyen al consumo de la droga en la adolescencia, agrupados en tres categorías. El modelo considera que los factores sociales y personales actúan conjuntamente facilitando la iniciación y escalada de consumo de alcohol y otras drogas. Así algunos adolescentes pueden verse influidos por los medios de comunicación, mientras que otros pueden ser influenciados por familiares o amigos que consumen.

Las influencias sociales tienen más impacto en adolescentes psicológicamente vulnerables, cuyos repertorios básicos de conducta son pobres, cuantos mayores factores de riesgos incidan en un adolescente tendrá mayor probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas.

La disponibilidad

La aceptación social: Ciertas drogas no sólo son toleradas por una sociedad determinada sino que, incluso, su consumo es estimulado por los medios sociales (ejemplo, el alcohol se anuncia y promueve por los medios de comunicación social, prensa, radio y televisión) y hasta por la misma familia.(Newcomb 1989)

Problemas familiares: Los adolescentes al vivir una etapa de crisis y al tratar de evadir los problemas, buscan salidas fáciles o formas de olvidarlos. (Ejemplo por medio del alcohol y las drogas).

Influencias sociales:

También, recurren a las drogas cuando se presentan problemas en su alrededor. Por ejemplo: Al no ser aceptado por los amigos o una condición para ingresar a cierto grupo es el ingerir droga, ser como ellos, imitarlos, hacerles creer que “los viajes” son lo máximo.(Salazar 2004)

Curiosidad:

En ocasiones los jóvenes con una curiosidad insana, por observar que algunos adolescentes de su edad imitan el acto de probar y sentir el uso de cualquier droga.

Problemas emocionales:

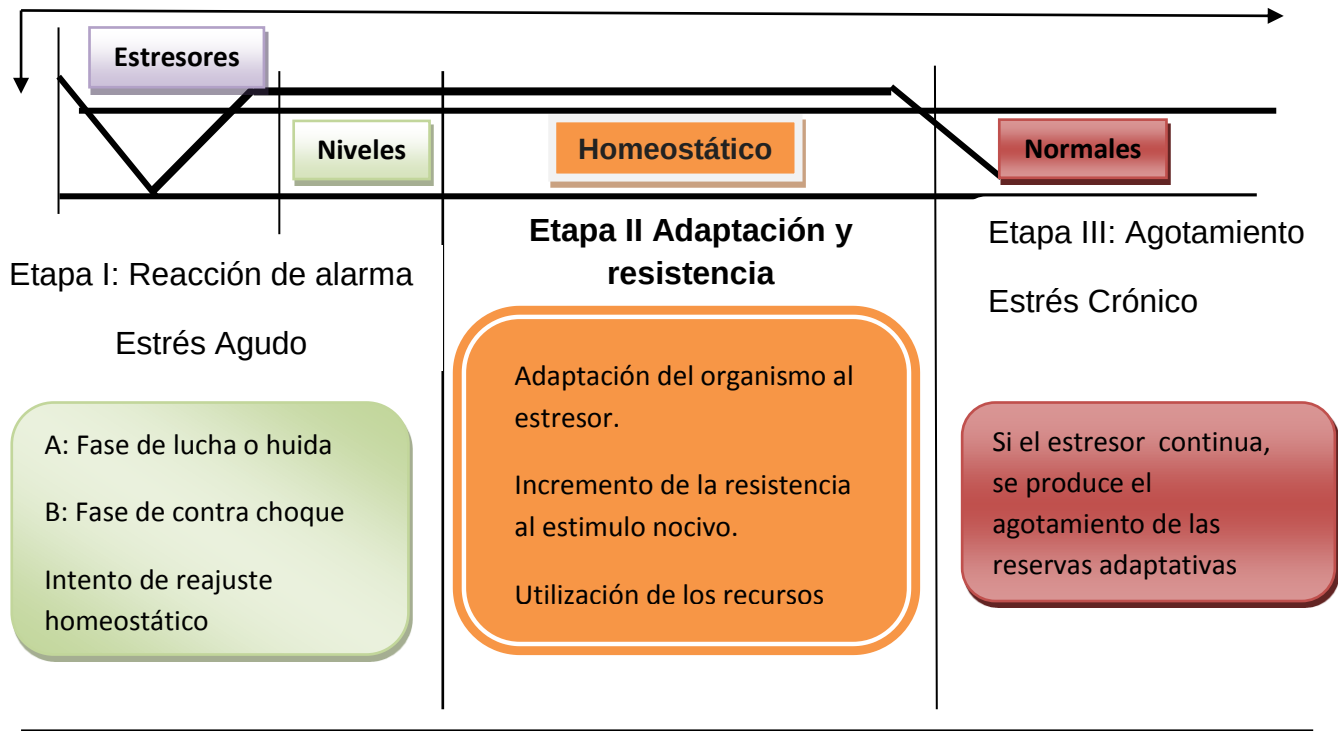
Cuando surgen los problemas en la vida de algunos adolescentes (regañs, golpes, desconfianza, incomprensión, conflictos económicos en la familia, padres adictos o divorciados, dificultad de

aprendizaje escolar.), reflejan una gran depresión emocional, en la que pueden sentirse llenos de rencor, ira y vergüenza, por el comportamiento de los padres, amigos o conocidos. Los problemas generalmente ocasionan en los adolescentes depresión, sentimiento de culpa, autoestima baja, evasión de la realidad, desamparo y prepotencia, ellos piensan que son los causantes del daño y posteriormente con el uso de las drogas (incluyendo alcohol y tabaco) creen librarse de las dificultades.(Salazar 2004)

Estrés: Es el equilibrio o constancia del medio interno corporal, propuesto es esencial para el mantenimiento de una vida saludable, y la noción de homeostasis. Este concepto lo integra Cannon en su teoría de la de la activación emocional, centrada básicamente en la activación del sistema nervioso central autónomo ante estímulos amenazantes y en las características, respuestas externas de lucha o huida emitida por los organismos. El estrés se entiende en este contexto como un estímulo o factor del medio que exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos, lo que sientan las bases para el estudio de los efectos patógenos del estrés.

El Estrés es la experiencia emocionalmente negativa acompañada por cambios predecibles a nivel bioquímico, fisiológico, cognitivo, y conductual y que están dirigidos ya sea para alterar el evento estresante o para adecuarse a sus efectos.

Figura N°3. Evolución del tiempo de exposición al estresor según el síndrome general de adaptación de Seley(Munuera 2005)



La respuesta Psicológica asociada al estrés es de tipo emocional. Un fenómeno que suele ser común en la respuesta de estrés es la sensación subjetiva de malestar emocional (distrés). En presencia de estrés agudo es frecuente experimentar subjetiva de ansiedad y miedo cuando el estrés se hace crónico predomina la experiencia de estado de ánimo depresivo.

Frecuentemente se ha indicado que las respuestas psicológicas asociadas al estrés no son únicamente respuestas emocionales. Así, se han descrito respuestas cognitivas y conductuales que se definen como modo de afrontamiento que median la experiencia de estrés, y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional de estrés (OLIVARI MEDINA 2007)

Variables personales de predisposición: Los tipos de reacciones ante el estrés son un modelo propuesto por para explicar la implicación psicológica en los trastornos psicósomáticos. Las características, las relevantes de estos tipos son:

Tipo 3: La tendencia a las reacciones: Emocionalmente alternan los sentimientos de indefensión y desesperanzas con la expresión de Iras, agresividad e irritabilidad. Predominan en ellos la ambivalencia.

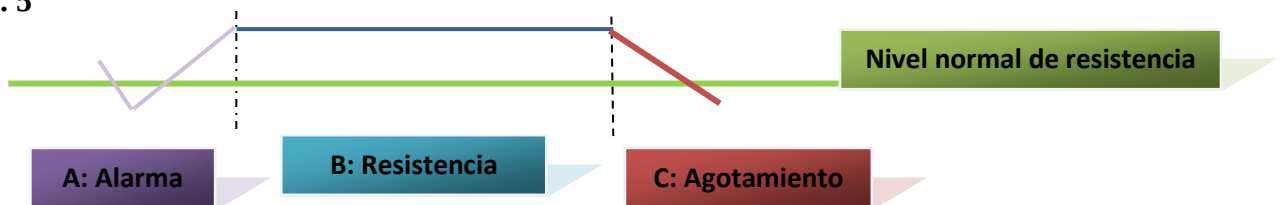
Tipo 5: La Racional anti emocional: Tienden a emitir reacciones racionales y anti emocionales suprimen las manifestaciones afectivas, denotan predisposición a la depresión y Cáncer.

Tipo 6: Antisocial: Se trata de personas que reaccionan mediante comportamientos de tipo antisocial predomina en ella la conducta de tipo psicopático se ha propuesto como factor de predisposición al consumo de drogas.(Barraza-Arturo.M. 2007)

Selye (1956) refiere la existencia de tres fases en el sistema de adaptación que se desgastan con el tiempo, la exposición prolongado o repetida al estrés provoca agotamiento y extenuación de los recursos.(OLIVARI MEDINA 2007)

Fases de sistema de adaptación al stress.

Fig. 5



Efectos a largo plazo de experiencias estresantes vividas en la infancia: Reporto que las familias en riesgo que tiene grandes abusos y poca intimidad emocional, producen descendientes con problemas en los sistemas reguladores del estrés, los propios sistemas de manejo del estrés en desarrollo pueden por si mismo desajustarse, de tal forma que las neurológicas y endocrina a lo largo de la vida son transtocadas por dichas experiencias ya que pueden producir daños a futuro como mayor vulnerabilidad y abanicos de desordenes incluyendo depresión y enfermedades.

Las familias caracterizadas por altos niveles de conflicto, la agresión, y la hostilidad a menudo carecen de la aceptación, la calidez y el apoyo. Sin embargo, hay pruebas de que la crianza emocional es inadecuada. El uso de los adjetivos frío, insolidario, y negligente cubre una amplia gama de características de la familia y las medidas en la investigación incluida la negligencia emocional de los niños, la falta de disponibilidad de los padres, en la participación de la

supervisión de las actividades de los niños, la falta de cohesión, el calor, y el apoyo en la familia, y una experiencia de la alienación, el desapego, o la sensación de falta de aceptación por parte de niños. Los estudios de investigación que evalúan estas características de la vida de familia reportan asociaciones fiables entre ellos y una gama amplia de los riesgos para la salud mental, incluyendo síntomas de internalización como depresión, comportamiento suicida y los trastornos de ansiedad.(Reptti-Rena.Shelley-L.Seeman-T.E. 2002)

Distrés Psicológico:

Es un conjunto de conductas y emociones que producen desasosiego en el adolescente.

El distrés psicológico se evalúa por medio del Instrumento *Kessler-10* (K-10), que consiste en un cuestionario de 10 preguntas que mide el distrés psicológico. Los valores posibles van desde 10 (que indica ausencia o niveles mínimos de distrés psicológico) a 50 (que indica niveles altos de distrés). Con base en estas puntuaciones se ha hecho una clasificación del distrés en cuatro grupos principales: bajo (10-15), moderado (16-21), severo (22-29) y muy severo (30-50). A efectos analíticos, la mayoría de los estudios unen las dos últimas categorías (distrés severo y muy severo). Está demostrado que un nivel muy alto de distrés psicológico obtenido a través de la puntuación de la escala K-10 está asociada con una alta probabilidad de tener un trastorno de ansiedad o depresión.(Prieto López 2012)

Teoría del estrés

La teoría del estrés asume que las exigencias y presiones externas (el evento traumático como un “factor primario” de estrés), provoca respuestas que utilizan los recursos internos y externos; la pérdida o ausencia de estos recursos, bien sean concretos (sociales, económicos) o simbólicos (creencias, expectativas), pueden actuar como factores de estrés secundarios afectando significativamente el curso de la recuperación.

Con la existencia de suficientes recursos y el paso del tiempo, la recuperación es el resultado anticipado a una exposición corta de un agente estresante (“stressor”) y dependerá de la intensidad y duración de este. Asumiendo o que el nivel de la tensión no ha excedido el límite de resistencia del “sistema Bio-psico-social” que lleve a su resquebrajamiento o “fracturación”

Teoría del estrés y estrés post traumático

Selye (1975) pionero en investigaciones sobre el estrés, lo definió ante la Organización Mundial de la Salud como: “la respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda del exterior”. Refiriéndose con ello, a que la respuesta es parte normal de la preparación del organismo para el enfrentamiento o para la huida (reacción fisiológica).(OLIVARI MEDINA 2007)

Lazarus experto en el estrés, lo define como: “el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, siendo evaluado por aquél como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar”, la relación entre la persona y el ambiente, estableciendo primero un factor de reto, si se percibe como estresante, desencadenando procesos de enfrentamiento, y si excede los recursos con los que cuenta, los resultados serán una serie de desajustes internos.(Casado 2002)

El estrés lo que la persona siente cuando las demandas de la vida exceden su capacidad para cumplirlas.

El adolescente desarrolla nuevas relaciones con su familia y con la cultura que les rodea de García 2002 determina que las chicas sufren más depresión que los chicos, son particularmente susceptibles a la presión de los iguales, son inducidas por los novios, aun mas si son mayores.

(Selye 2003)

Según Barraza Macias, “El estrés académico es un proceso sistémico de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta de manera descriptiva en tres momentos: Primero: el alumno se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno son consideradas estresores. Segundo: esos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante), que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio). Tercero: ese desequilibrio sistémico obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio sistémico.(Selye 2003)

Distrés

El distrés es un estrés negativo provocado por los reajustes constantes o alteraciones en una rutina. La angustia crea sentimientos de malestar y falta de familiaridad.

Hay dos tipos de distrés: El estrés agudo es un estrés intenso que llega y desaparece rápidamente.

El estrés crónico es un estrés prolongado que existe desde hace semanas, meses, o incluso años. Alguien que está en constante reubicación o cambio de trabajo puede experimentar distrés.

Las respuestas psicológicas asociadas al stress son de tipo emocional y/o conductuales no existen tantas diferencias entre género masculino y femenino, las variaciones existentes se destacan en aspectos como la cordialidad, la aprensión y la ansiedad. Las mujeres tienen más acentuados estos rasgos, mientras que los hombres suelen destacar en estabilidad emocional, la dominación, la atención a las normas y la vigilancia.(Garcia-A-L 2002).

Olson refiere que el camino al desarrollo psicosocial sano del adolescente debe mantener una función familiar activa y enriquecida desde este punto de vista es la mejor manera de fortalecer los factores protectores en la familia, favoreciendo menos probabilidades de un inicio temprano de consumo de sustancias. La disfunción familiar, han sido reconocidos como un factor de predicción del consumo de drogas en adolescentes asociados al rápido alivio de sensaciones corporales asociadas al malestar emocional

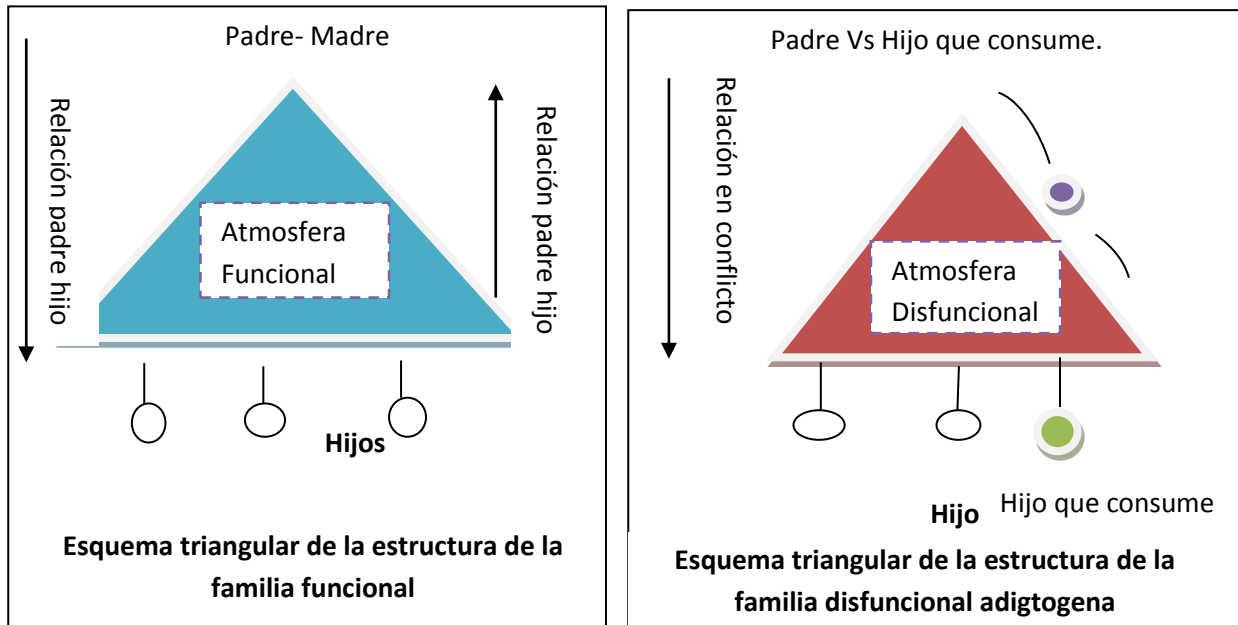
Familia: Es un grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.

Funciones de la Familia: Satisfacer las necesidades afectivas de sus integrantes. Compartir colectivamente los deberes y derechos de la misma. Cumplir con el mantenimiento económico material de sus miembros. Reproducir sus miembros para la conservación de la especie. Educar a sus hijos en los valores de la sociedad.

Disfunción familiar: Se entiende como el no-cumplimiento de alguna(s) de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. (Teofilo 1997)

La norma funcionalidad de una familia está reflejada en los lazos emocionales que unen a los miembros de una familia; afectividad e intimidad que satisface las necesidades afectivas de sus miembros, los cuales si no se integran en la estructura familiar en este proceso puede o no producir deterioro en la perspectiva de sus miembros en especial en la etapa adolescentes.(Saameño.J.A 1996).

(Saameño.J.A 1996)Esquema triangular de la estructura de la familia funcional y disfuncional



Objetivos de la evaluación de la función familiar: **Determinar** si el asesoramiento familiar constituye el tratamiento adecuado y cuáles son las modificaciones específicas que requiere la familia. Determinar un estado basal que sirva para juzgar las mejoras o los deterioros que se produzcan como consecuencia de un abordaje terapéutico.

Apgar Familiar: Es un instrumento Desarrollado por Smilkstein en 1978, su uso rutinario puede servir para que el abordaje modifique su visión de las demandas de algunos de sus pacientes y pase de interpretarlas en un contexto individual a ensayar un abordaje relacional.(Saameño.J.A 1996; Castro. Robles. C. Moya. R. Vicente 2000)

Modelo de Olson: Es un modelo que facilita el diagnóstico familiar usando la perspectiva sistémica. Desarrollado en el año 1979 por David H. Olson.

Los objetivos del desarrollo del modelo son:

1. Identificar y describir las principales dimensiones del funcionamiento familiar en la cultura occidental: la cohesión y la adaptabilidad.

2. Demostrar la utilidad de estas funciones, a fin de reducir la diversidad de conceptos acerca de:
Proporciona una tipología de familia sobre la base de dos variables:

1. Adaptabilidad

2. Cohesión

Este modelo distingue cinco funciones básicas que son realizadas por todas las familias:

- Apoyo Mutuo
- Autonomía e Independencia
- Reglas
- Adaptabilidad a los cambios.
- La familia se comunica entre sí.

Cohesión: Es el conjunto de toda la afectividad, intimidad y el significado que constituye la esencia de las relaciones familiares.

Cohesión: son los lazos emocionales que unen a los miembros de una familia.

El modelo no evalúa realmente la función familiar, sino el grado de satisfacción o insatisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento de su familia, su percepción personal, subjetiva.(Saameño.J.A 1996)

VII. Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Es un estudio de corte transversal analítico.

Área de estudio: El estudio se realizó en el Instituto Nacional de Occidente Benito Mauricio Lacayo en la ciudad de León, es una institución pública, el cual posee la mayor concentración de estudiantes de secundaria en la ciudad de león.

Unidad de análisis: Los adolescentes de 10^{mo} y 11^{vo} grado de educación media que asisten al instituto Nacional de Occidente Benito Mauricio Lacayo.

Población: 480 adolescentes que están en 10^{mo} y 11^{vo} del turno matutino. De los cuales 220 pertenecen al 10^{mo} y 260 al 11^{vo}.

Muestreo: El muestreo utilizado fue el estratificado, proporcional al tamaño de la población.

Muestra: Se calculó la muestra utilizando el programa Statcalc de Epiinfo se utilizó una frecuencia esperada del 35% de consumo de sustancias psicoactivas con un margen de error del 5%. Utilizando un nivel de intervalo de confianza del 95%, se calculó una muestra de 202 estudiantes. De los cuales 93 serán seleccionados para décimo grado y 109 para onceavo grado.

Para la selección de los participantes se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio con el método de la lotería, donde los individuos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra. Para esto se hizo uso del programa Epiinfo

Método de recolección de datos:

Previo a la autorización de la dirección del centro de estudio, se visitó al instituto, donde se llegó al aula correspondiente de 10^{mo} y 11^{vo} grado, posterior al muestreo y al consentimiento informado tanto de los padres como de los participantes se procedió a una programación escalonada para visitar cada una de las aulas y años respectivos en donde se les orientó la forma del llenado de la encuesta que posee los ítems correspondientes a las variables en estudio, test AIDIT, apgar de la familia, disfunción familiar, hacer el análisis estadístico apoyado por el paquete estadístico de SSPS, logrando así la forma de distribución de las variables en los contextos estudiados.

Instrumento de recolección de la información: Para la recolección de los datos se aplicaron tres instrumentos, que contenían variables tales como: (Hechos, relativo a factores) Este método

por ser heterogéneo nos permitió la diferenciación requerida para hacer la comparación al problema en estudio.(Guillermo 2008)

Con los datos obtenidos correspondientes al problema en estudio se pudo conceptualizar, se tabulo, para medir cuantitativamente el fenómeno, se aplico las diversas técnicas de consolidación de los datos, de los aspectos del estudio, para alcanzar las descripciones globales y significativas del mismo.

Previo a la aplicación de los instrumentos se les realizo una prueba piloto, a otros adolescentes con las mismas características, de un colegio de secundaria que no pertenecían al estudio.

Test de Audit: El test de tamizaje (Screen) No lleva mucho tiempo de realización, permite una detección de bebedores de riesgo y bebedores con síndrome de abuso y dependencia alcohólica. el AUDIT permite detectar personas que pudiesen presentar signos de dependencia, para lo cual se requiere una detección precoz y una intervención profesional oportuna. Esta condición está asociada a tres de las diez preguntas del cuestionario.

Gómez Arnáiz (2001) en su artículo **Utilidad diagnóstica del cuestionario AUDIT refiere que el test Identifying Disorders dueto Alcohol (AUDIT)** fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud y validado en castellano es útil para la detección de pacientes con un consumo excesivo de alcohol, considerando para su análisis este estudio **El punto de corte es:**
Para hombres:

Riesgo de problemas de alcohol: Menor de 8

Nivel medio de problemas de alcohol: 9-15

Nivel alto de problemas de alcohol: 16-20

El corte varia un poco para las mujeres

Riesgo de problemas de alcohol: Menor de 7

Nivel medio de problemas de alcohol: 8-14

Nivel alto de problemas de alcohol: 15-19

El test Apgar Familiar: Es un Cuestionario de 5 preguntas Evalúa funcionalidad del individuo en la familia. Aproximando un análisis de la función familiar básica.

Los puntos de corte son los siguientes:

Normo funcional: 7 - 10 puntos.

Disfuncional leve: 0 - 2 puntos

Disfuncional grave: 3 – 6 puntos

El test de distrés Psicológico: El distrés psicológico fue evaluado por medio del Instrumento *Kessler-10* (K-10), que consiste en un cuestionario de 10 preguntas que mide el distrés psicológico Evalúa un conjunto de conductas y emociones que producen desasosiego en el adolescente.

Para su análisis se considera como: Los valores posibles van desde 10 (que indica ausencia o niveles mínimos de distrés psicológico) a 50 (que indica niveles altos de distrés).

Con base en estas puntuaciones se ha hecho una clasificación del distrés en cuatro grupos principales: bajo (10-15), moderado (16-21), severo (22-29) y muy severo (30-50).

Fuente de la información: Será primaria ya que los datos se obtendrán directamente de los participantes del estudio.

Variables de estudios:

V1. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas

V2. Razones de consumo de sustancias psicoactivas

V3. Funcionabilidad familiar

V2. Nivel de distrés psicológico.

Criterios de inclusión:

Estudiantes con matrícula activa.

Llenado y firma del consentimiento informado de estudiantes y padres de familias para poder incluirlos en el estudio.

Estudiantes que estén presentes el día que se recolecta la información.

Estudiantes de 10^{mo} y 11^{vo} grado.

Criterios de Exclusión: Estudiantes adolescentes que no aceptaron participar en el estudio.

Procesamiento y análisis de datos: Los datos fueron procesados a través de un paquete estadístico SPSS, estos datos fueron analizados de forma electrónica, se calculó medidas de tendencia central y medidas de dispersión (Media, Moda, Frecuencia y porcentajes) fueron tomadas en cuenta según los rangos de corte establecidos, y se representaron en tablas y gráficos para mayor comprensión del lector.

Aspectos Éticos: Se realizó la solicitud de las autoridades del instituto educativo a los padres de familia y estudiantes, para que se autorizara la realización del estudio y a su vez al comité de ética de la facultad de ciencias médicas de la universidad nacional autónoma UNAN- León, los aspectos éticos inherente en este estudio fue la beneficencia la cual demanda de la “Protección a los sujetos contra el riesgo de daño y que se preocupe de la pérdida de beneficios” y el anonimato en donde el investigadores responsable de mantener la información con el sigilo posible sin brindar información que no sea meramente para fines del estudio, se hizo uso del consentimiento informado tanto para los seleccionados para el estudio como para los padres que aceptaron la participar en el estudio, y se les reiteró que la información se mantendrá en anonimato solo para fines de estudio.

VIII. Resultados

Caracterización demográfica de los participantes del estudio

En relación a la caracterización demográfica de los adolescentes de 10^{mo} y 11^{vo} grado que asisten a un instituto de la ciudad de León, se encontró que de los 202 encuestados 1(0.4%) se encuentran en la etapa de la adolescencia temprana (10-13), 95(47%) en la adolescencia intermedia (14-16) adolescencia tardía (17-19) 106 (52%). En relación al sexo 106 (53%) son femenino y 96 (47%) masculino. La escolaridad encontrada fue 93 (46%) cursan 10^{mo} grado y 109 (54%) el 11^{vo} grado, la procedencia es de 36(18%) rural y 166 (82%) fueron del área urbana (Ver tabla1).

Tabla 1. Caracterización demográfica de los participantes del estudio.

Variables demográficas		N°	%
Edad	Adolescencia temprana (10-13)	1	0.4
	Adolescencia Intermedia (14-16)	95	47
	Adolescencia tardía (17-19)	106	52
	Total	202	100
	10-14 años	5	2
	15-19 años	197	98
	Total	202	100
Sexo	Femenino	106	53
	Masculino	96	47
	Total	202	100
Escolaridad	10m°	93	46
	11V°	109	54
	Total	202	100
Procedencia	Rural	36	18
	Urbana	166	82
	Total	202	100

Fuente: Primaria.

En cuanto a la prevalencia y el tiempo de consumo de consumo de sustancia psicoactiva relacionada a la edad, sexo y año de estudio se encontró que de los 202 encuestados 93 consumen sustancias (46%) de estos 42 (45%) son femeninos y 51(55%) masculinos, con una media de edad de consumo de 17, una desviación estándar de 1.2.

De los 93 consumidores de sustancias 91 (98%) consumen alcohol de estos consumieron en el último año el sexo femenino 34(81%), masculinos 39 (80%) y del 10^{mo} grado 32(86 %), y al 11^{vo} grado pertenecen 41 (76%). Los que consumen desde el inicio de su adolescencia 8(19%) son femeninos, 10(20%) masculinos y 5 (14 %) corresponden al 10^{mo} grado y 13 (24%) a 11^{vo} grado.

En relación al consumo de marihuana se encontró 19 (20%), de estos en el último año lo hacían 5 (100%) del sexo femenino, 13 (93%) fueron masculinos, y se encuentra 6 (100%) en 10^{mo} grado y 12 (92%) al 11^{vo} grado. De los que lo hacen desde el inicio de la adolescencia 1(7%), es masculino, y 1(8%) pertenece al 11^{vo} grado.

En relación al consumo de crack en la última semana se encontró 1(100%), se encuentra en la edad de 15-19 años, es masculino, y está en 11^{vo} grado (Ver tabla 2)

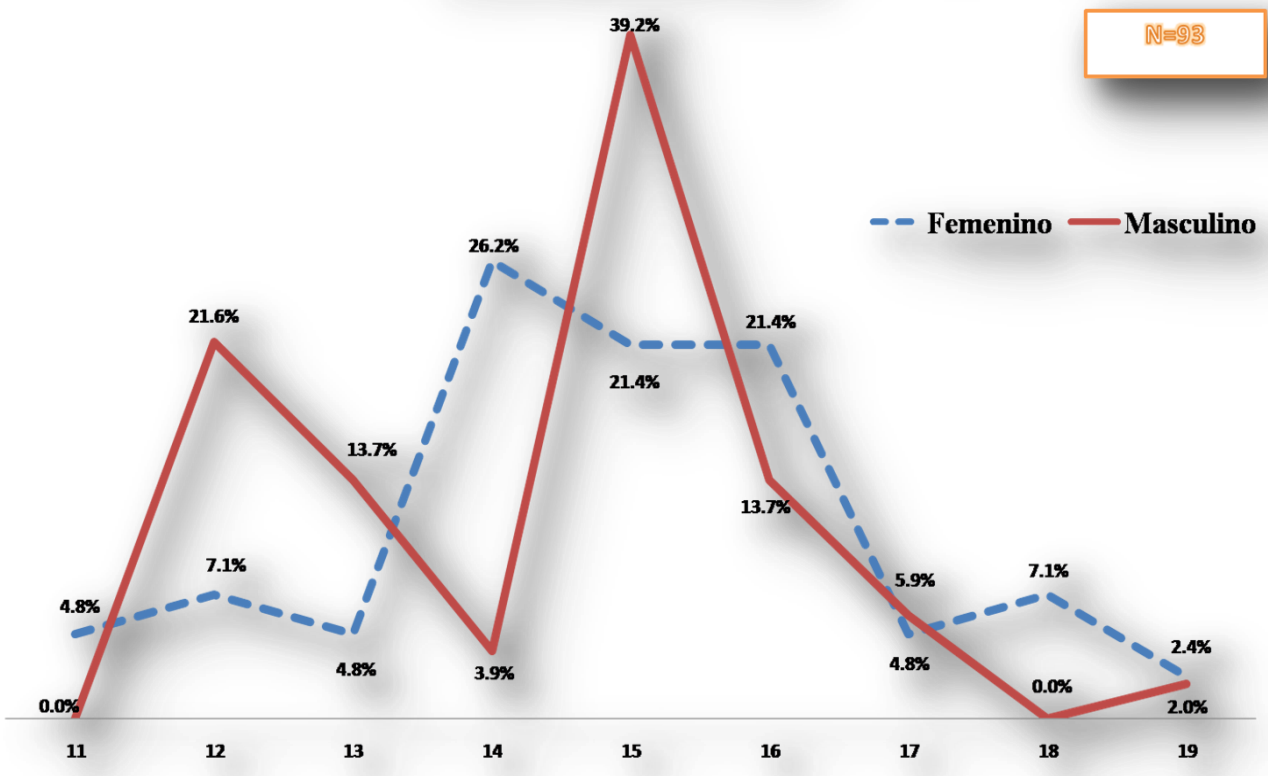
Tabla 2. Prevalencia de consumo de sustancia psicoactiva relacionada a la edad, sexo y año estudio.

	Global		Femenino		Masculino		Edad	
Prevalencia de consumo:	93	46%	42	45%	51	55%	X: 17	SD: 1.2
Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas relacionadas a edad , sexo y año de estudios								
Hace cuanto consumió	Sexo				Año de estudio			
	Femenino		Masculino		10 mo		11 vo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alcohol. (N=91)								
En el ultimo Año	34	81	39	80	32	86	41	76
Desde el inicio de su adolescencia	8	19	10	20	5	14	13	24
Total	42	100	49	100	37	100	54	100
Hace cuanto consumió Marihuana (N=19)								
En el ultimo Año	5	100	13	93	6	100	12	92
Desde el inicio de su adolescencia	-	-	1	7	-	-	1	8
Total	5	100	14	100	6	100	13	100
Hace cuanto consumió Crack								
En la ultima semana				1	100		1	100
Total				1	100		1	100

Fuente: Primaria

En relación al inicio de consumo de sustancia por sexo de los 93 que consumen algún tipo de sustancia, el sexo femenino inicia con el 4.8% a los 11 años, el 0% del masculino, a los 12 el sexo femenino 7.1%, el 21.6% corresponde al masculino, el 4.8% del sexo femenino inicia a los 13 y masculino 13.7%, inicia a los 14 años un 3.9% femenino y un 26.6% masculino, el inicio a los 15 años en el femenino es de 21.4% y para el masculino un 39.2%, el inicio a los 16 años en el femenino 21.4% y para los masculino es 13.7%, el inicio a los 17 años en el femenino 4.8%, y para el masculino 5.9%, el inicio a los 18 años es en el femenino de 7.1%, el masculino es 0%, el inicio a los 19 años es en las femeninas es 2.4% y en los masculinos 2.0%. (Ver gráfico 1).

Gráfico 1. Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas comparada con el sexo de los participantes del estudio



Fuente: Primaria

En relación al tiempo de consumo de sustancia e inicio a este hábito se encontró que de los 91 que consumen alcohol 62(68%) lo inicio un amigo de estos 52 (57%) consumieron en el último año, y desde el inicio de su adolescencia 10 (11%). De los que lo inicio un familiar 13(14%) de estos consumieron en el último año 7 (8%), y desde el inicio de su la adolescencia 6(6%), De los que iniciaron por sí mismo 16 (17%) de los cuales 14(15%) consumieron en el último año y 2(2%) desde el inicio de su adolescencia.

Referente al tiempo de consumo de sustancia e inicio a este hábito se encontró que de los 19 que consumen marihuana se encontró a 13 (68%) lo inicio un amigo, de los cuales 12 (63%) consumieron en el último año, y 1(5%) desde el inicio de su la adolescencia. De los que lo inicio un familiar 4 (21%) consumieron en el último año, de los que iniciaron por sí mismo 2 (11%) consumieron en el último año.

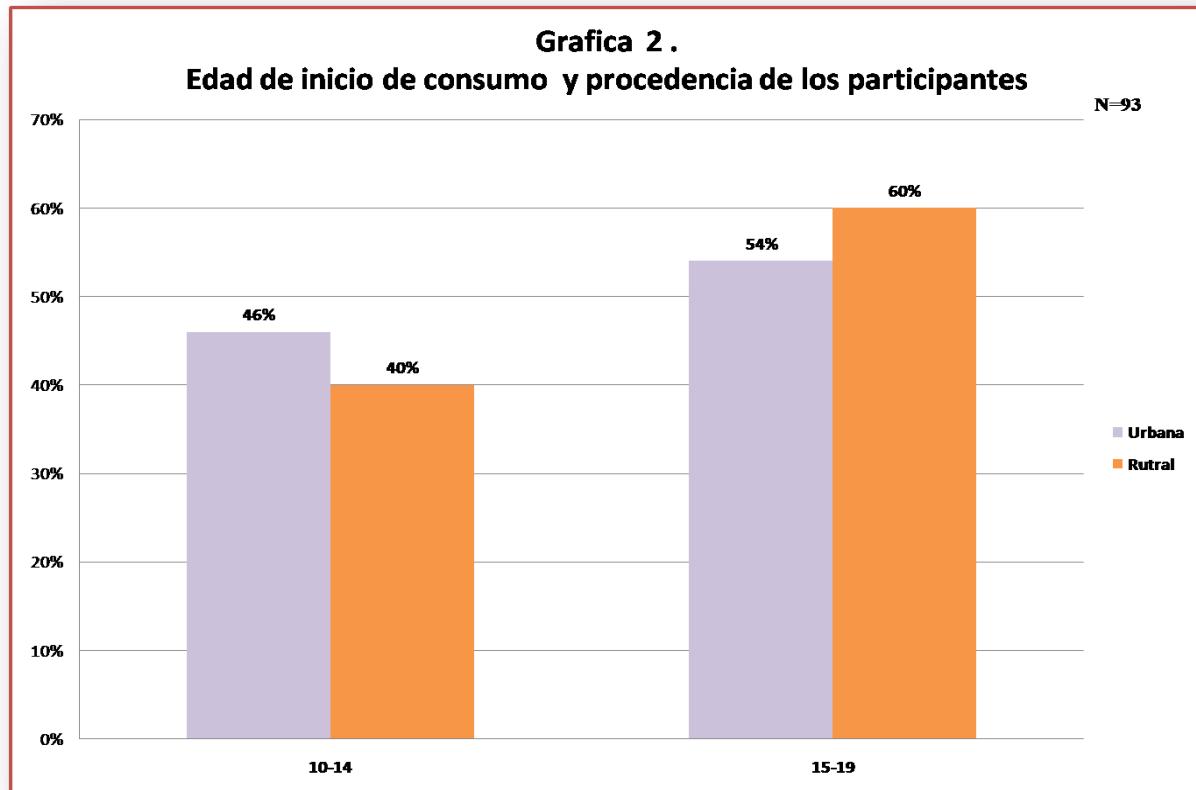
En cuanto al tiempo de consumo de sustancia e inicio a este hábito se encontró que de los que consumen crack 1 (100%) inicia en este hábito por sí mismo y consumió en la última semana (ver tabla 3).

Tabla3. Consumo de sustancia relacionado a quien lo inicia en este hábito.

N=91		Quien lo inicia en este habito					
Hace cuanto consumió Alcohol	Un Amigo		Familiar		Por si mismo		
	N°	%	N°	%	N°	%	
En el último año	52	56	7	8	14	15	
Desde el inicio de su adolescencia	10	11	6	7	2	2	
Total	62	67	13	15	16	17	
N=19							
Hace cuanto consumió Marihuana	Un Amigo		Familiar		Por si mismo		
	N°	%	N°	%	N°	%	
En el último año	12	63	4	21	2	11	
Desde el inicio de su adolescencia	1	5	-	-	-	-	
Total	13	68	4	21	2	11	
N=1							
Hace cuanto consumió crack	Un Amigo		Familiar		Por si mismo		
	N°	%	N°	%	N°	%	
En la última semana	-	-	1	100	-	-	
Total	-	-	1	100	-	-	

Fuente: Primaria

Referente a la edad de inicio de consumo y la procedencia de los participantes se encontró entre los 10-14 años el 46% son del área urbana y 40% rural, entre las edades de 15-19 años se encuentra el 54% son del área urbana y 60% son de la urbana. (Ver gráfico 2)



Fuente: Primaria.

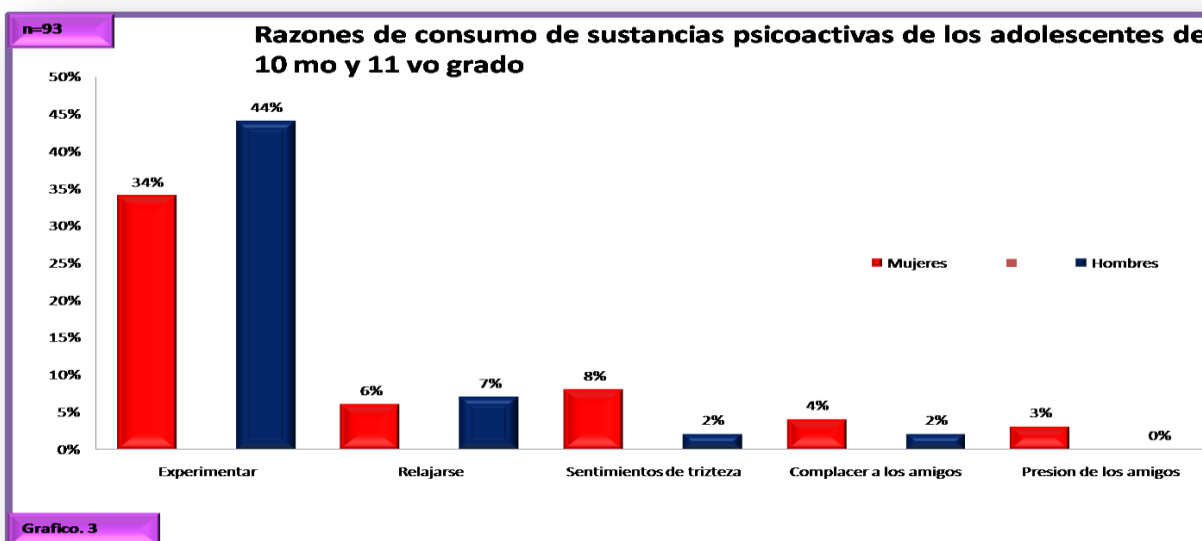
En relación al tipo de sustancia psicoactiva consumida relacionada al sexo se encontró que la sustancia de mayor consumo es el alcohol, consumen 42 (89%) el sexo femenino, y 49(75%) el masculino, seguido de la marihuana y esta la consumen 5(11%) el femenino, y14 (22%) el masculino, el crack es consumido solamente por el sexo masculino 2(3%). (Ver tabla 4)

Tabla 4. Tipo de sustancias consumida relacionada al sexo de los participantes

Tipo de sustancias consumida	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alcohol	42	89	49	75	91	45
Crack	0	0	2	3	2	1
Marihuana	5	11	14	22	19	9
Total	47	100	65	100	112	55

Fuente: Primaria.

En cuanto a las razones de consumo de sustancia psicoactiva relacionada con el sexo se encontró que el mayor porcentaje tanto para hombres como mujeres es experimentar, 44% y 34% respectivamente. Por motivo de relajarse es mayor en hombres que en mujeres. Los sentimientos de tristeza, complacer y presión de los amigos son razones de consumo mayor para mujeres que para hombres. (Ver gráfico 3)



Fuente: Primaria

De acuerdo a la funcionabilidad familiar y distrés psicológico relacionada a la prevalencia de sustancias psicoactivas presentada por los participantes del estudio se encontró de los 202, 157 (78%) tienen familias normo funcional, y 45(22%) familias con algún grado de disfuncionabilidad, con un alfa de cronbach de .824 lo que denota una fiabilidad interna alta de los ítem que posee la escala del instrumento. (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Funcionabilidad familiar de los participantes del estudio

Funcionabilidad de la familia	Test del apgar de la familia	
	N°	%
Familia Normo funcional	157	78
Familia con algún grado de disfunción familiar	45	22
Total	202	100

Alfa de cronbach= .824

Fuente: Primaria

El Nivel de distrés psicológico encontrado en los participantes relacionados al sexo mostro que 74 (36.6%) presentan distrés psicológico bajo, de estos es mayor en hombre 41(43%), el distrés psicológico moderado es 27(48%) siendo mayor en hombres 26 (27%), los que presentan distrés psicológico severo es 58 (28.7%) de estos es mayor en las mujeres 34(22%) y 22 (10.9%) poseen distrés psicológico muy severo del cual es mayor en mujeres, con un alfa de cronbach de .883, lo que indica una fiabilidad interna alta de los ítem que posee la escala del instrumento. (Ver tabla 6).

Tabla 6. Nivel de distrés psicológico de los participantes relacionados al sexo.

Nivel de distrés Psicológico	Sexo de los participantes					
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Distrés Psicológico Bajo	33	31	41	43	74	36.6
Distrés Psicológico Moderado	22	21	26	27	48	23.8
Distrés Psicológico Severo	34	32	24	25	58	28.7
Distrés Psicológico Muy severo	17	16	5	5	22	10.9
Total	106	100	96	100	202	100

Alfa de cronbach = .883, Valor p = .029

Fuente: Primaria

En relación al Test de AUDIT aplicado a los 91 participantes que consumen alcohol se encontró en el sexo femenino riesgo de problemas de alcohol 36 (86%), y 6 (14%) tienen algún nivel de problemas de alcohol. Los del sexo masculinos presentaron riesgo de problemas de alcohol 46 (90%), y con algún nivel de problemas de alcohol es 5 (10%). (Ver tabla 7).

Tabla 7. Detección de riesgos para el consumo de alcohol, según el test de AUDIT.

Test AUDIT	Riesgo de problemas de alcohol		Algún nivel de problemas de alcohol		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	36	86	6	14	42	100
Masculino	46	90	5	10	51	100

Fuente: Primaria

Referente al consumo de alguna sustancia relacionada al distrés psicológico se encontró que de los 202 participantes, 122 (60%) que presentan distrés psicológico bajo - moderado 45 (37%) consumen alguna sustancia psicoactiva y 77(63%) no. De los 80(40%) que presentan distrés psicológico severo - muy severo 48(60%) consumen alguna sustancia psicoactiva, 32(40%) no consumen. Encontrándose un valor $p= 0.001$, un OR (2.99), un intervalo de confianza 1.5-5.6 lo que estadísticamente es significativo lo que sugiere que todo aquel que tiene un distrés psicológico positivo tiene casi tres veces más probabilidad de consumo de sustancias psicoactiva (Ver tabla 8)

Tabla 8. Distrés psicológico presentado por los participantes del estudio, relacionada al consumo de sustancia psicoactiva.

N=202	Consumo de alguna sustancia Psicoactiva					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Distrés Psicológico						
Bajo - Moderado	45	37	77	63	122	60
Severo - Muy severo	48	60	32	40	80	40
Total	93	-	109	-	202	100

Valor $p= 0.001$, OR (2.99), Intervalo de confianza 1.5-5.6

Fuente: Primaria.

Referente al consumo de alguna sustancia relacionada a la funcionabilidad familiar se encontró de los 202 participantes, 157(78%) que presentan familias normo funcionales 66(42%) consumen alguna sustancia psicoactiva y 91(58 %) no. De los 45(22%) que presentan algún grado de disfunción familiar 27(60%) consumen alguna sustancia psicoactiva, 18(40%) no consumen. Encontrándose un valor $p= 0.045$, un OR (0.47), un intervalo de confianza 0.229-0.985 lo que estadísticamente es significativo, lo que sugiere que cuando existe normo

funcionabilidad familiar actúa como mecanismo de protección hacia el inicio de consumo de sustancias. (Ver tabla 9).

Tabla 9. Funcionabilidad familiar relacionada al consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva.

N=202	Consumo de alguna sustancia Psicoactiva					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Funcionabilidad Familiar						
Normo funcional	66	42	91	58	157	78
Algún grado de disfunción Familiar.	27	60	18	40	45	22
Total	93	-	109	-	202	100

Valor p= 0.045, OR (0.47), Intervalo de confianza 0.229 - 0.985

Fuente: Primaria

IX. Discusión

Caracterización demográfica de los participantes del estudio.

En relación a la caracterización demográfica de los adolescentes de 10^{mo} y 11^{vo} grado que asisten a un instituto de secundaria de la ciudad de León, de los 202 encuestados la mayoría se encuentra en la adolescencia tardía e intermedia. Predomina el sexo femenino, la mayor parte son del 11^{vo} grado, y de procedencia urbana. **Según OPS-OMS 2000** clasifica las etapas de la adolescencia en temprana, intermedia y tardía. En este estudio la mayor concentración de adolescentes se encuentran en la etapa intermedia.

En cuanto a la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias psicoactiva legales e ilegales de los participantes se encontró que de los 202 participantes del estudio presentan una prevalencia global de 46%, de estos más de la mitad son masculinos, con una media de consumo de 17 años, una desviación estándar de 1.2. Significando un mayor consumo entre los 16 y 18 años.

En cuanto a la prevalencia en el tiempo de consumo de sustancia psicoactiva relacionada a la edad, sexo y año de estudio se encontró de los 93 consumidores de sustancias 98% consumen alcohol de estos se destacan en el último año el sexo femeninos con un porcentaje de diferencia es muy mínima, y sobresale en el consumo el 11^{vo} grado. Los que consumen desde el inicio de su adolescencia no tienen diferencia significativa en relación al sexo, pero si es mayor en el 11^{vo} grado.

En relación a marihuana y crack se encontró una mayor prevalencia de consumo del sexo masculino, y en el 11^{vo} grado tanto en el último año como desde el inicio de su adolescencia.

Stempliuk 2005 en su estudio realizado en la Universidad de San Pablo, Brasil, encontró un alto consumo de alcohol (prevalentes del último mes), principalmente entre los estudiantes varones; la droga ilícita más consumida fue la marihuana en el último año de 26% entre los hombres la cual es mayor que en las mujeres. Otro estudio en estudiantes universitarios registró una situación similar: el 65% declaró consumo actual de alcohol; la marihuana fue la droga ilícita de mayor. En este estudio los datos encontrados acerca la prevalencia en el consumo coinciden con ambos estudios. En este estudio el consumo de crack es menos usado, quizás por el costo y la disponibilidad para el adolescente.

Ugarte 2004 en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Occidente de la ciudad de León refiere que la sustancia más consumida por los adolescentes es licor, marihuana y cocaína, con una prevalencia de consumo mucho mayor en hombres.

A diferencia del actual estudio en donde casi es igual el consumo entre ambos sexos y la triada de sustancia más consumida es licor, marihuana y crack. Podemos afirmar que desde el punto de vista socio cultural los jóvenes están sufriendo una transición, manifestada en la marcada diferencia del patrón de consumo de sustancias en la actualidad.

En relación a la edad de inicio de consumo de sustancia por sexo, de los 93 que consumen algún tipo de sustancia se encuentra un inicio a los 11 años por parte del sexo femenino y a los 12 inicia el sexo masculino, no obstante a los 15 años realizan su mayor ascenso, teniendo una tendencia descendente a partir de los 16 hasta los 19, en cambio el sexo femenino presenta su mayor ascenso a los 14, manteniéndose hasta los 17 años que realiza un descenso.

Considero que las mujeres consumen más temprano y de forma más intensa que los hombres. Jenner. C.V. en 2004, refiere en su estudio que Nicaragua tiene edades de inicio entre los 12-14 años lo que implica una transición en la edad de inicio de consumo en la actualidad; ya que no coincide con los datos encontrados en el estudio actual. En las últimas décadas el consumo de sustancias ha crecido en forma importante; entre las mujeres, sigue manteniéndose en niveles sensiblemente inferiores a los observados entre los hombres. No obstante, el ritmo de crecimiento de los consumos ha sido proporcionalmente más intenso entre las mujeres, lo que unido a equiparación de los consumos entre los grupos de edad más jóvenes, hace permisible que continúen reduciéndose las diferencias entre hombres y mujeres. (Sánchez Pardo 2006)

Sean hombres o mujeres los que inician tempranamente a la larga siguen siendo adolescentes siendo esta la etapa más sensible en donde desea explorar nuevas experiencias lo que se convierte en un factor de riesgo facilitando la iniciación y escalada de consumo de alcohol y otras drogas. **Newcomb 1989** señala que las influencias sociales tienen más impacto en el adolescente psicológicamente vulnerable cuanto mayores factores de riesgos incidan en un adolescente tendrán mayor probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas. (**Gianantonio 2009**) Reconoce que el acceso a las sustancias psicoactivas en sectores de poder adquisitivo alto y

medio donde no está sancionado el consumo sino aceptado como un patrón de conducta generador de recreación, status, diversión y evasión.

Esto confirma una vez más “Que a mayor disponibilidad de sustancias mayor consumo, y que cuanto mayor es la accesibilidad percibida de las sustancias más se consumen”

En relación al consumo de sustancia e inicio a este hábito se encontró que los que consumen alcohol y marihuana lo inicio un amigo, la mayoría lo realizan en el último año, y desde el inicio de su adolescencia; y el consumo de crack inicia por un familiar y lo hizo en la última semana. Aquí se cumple lo que Otero refiere que la influencia de la dimensión afectiva referente a la existencia de una estrecha relación entre el joven y sus amigos o una mayor frecuencia con la que este lo ve, solo es predictor significativo del consumo de drogas legales e ilegales. Este hecho corrobora que la intimidad entre los compañeros de grupo, conllevando a la imitación de la conducta de los iguales que es la forma dominante de influencia social favoreciendo la selección de compañías que refuerzan este tipo de conductas (amigos consumidores) considero que en este estudio la influencia de un amigo para iniciar al hábito de cualquier consumo de sustancia, se convierte en un factor de riesgo. Pastor J.C 1993 refiere que el sistema de relaciones grupales y dinámicas de comportamiento determinan el rol que debe desempeñar el individuo y los patrones o pautas de conducta al que deben ajustarse. Este modelo sociológico puede estar influyendo en la aceptación de la invitación de los amigos a el consumo de sustancias psicoactivas obedeciendo así a esta tendencia en el consumo.

Referente a la edad de inicio de consumo y la procedencia de los participantes se encontró que consumen más temprano los del área urbana, y en las edades intermedia y tardía es mayor el consumo en el área rural. (Newcomb 1989) refiere que diversos estudios han puesto de manifiesto las diferencias entre los patrones de consumo según el lugar de residencia de los adolescentes y se ven influidos por un patrón de cultura lo que quizás dificulta la determinación de estas diferencias, en este estudio a pesar de ser un poco mayor la edad de inicio en ambas procedencia y en ambos grupos de edad esta no es muy acentuada, quizás por la constante convivencia y adaptabilidad con otras formas de comportamiento de los jóvenes que proceden del área rural.

En relación al tipo de sustancias psicoactivas legales e ilegales consumida por sexo se encontró el alcohol, crack y marihuana, llama la atención que tanto el sexo femenino como el masculino

consumen alcohol casi por igual, a diferencia del crack y marihuana es más evidente el hombre. Este resultado confirma la teoría de Bandura en donde se sugiere que lo más importante para los jóvenes es crear y mantener relaciones con sus pares interfiriendo en las decisiones de uso o no de sustancias. Herrera. A 2012 en su estudio de poli consumo de sustancias encontró que una de combinaciones de sustancia usadas son alcohol más marihuana. En el presente estudio coincide en el consumo de ambas sustancias a la vez, tanto alcohol como marihuana es consumida por los adolescentes.

En cuanto a las razones de consumo de sustancia psicoactiva relacionada al sexo se encontró que en su mayoría ambos sexos lo hacen para experimentar, seguido por la relajación, en cambio por motivos de sentimientos de tristeza, complacer y presión de los amigos es mayor motivo para las mujeres. Considero que esto obedece a la referencia de García 2002 determina que las chicas sufren más depresión que los chicos, son particularmente susceptibles a la presión de los iguales, son inducidas por los novios, aun mas si son mayores.

De acuerdo a la funcionabilidad familiar presentada por los participantes del estudio se encontró que la mayoría tiene familias normo funcionales y casi la mitas presentan familias con algún grado de disfuncionabilidad, los ítem que posee la escala del instrumento denota una fiabilidad interna alta, mostrando un alfa de cronbach de .824. Rerti 2002 en su investigación reporta asociaciones fiables entre las familias con altos niveles de conflictos y crianza emocional inadecuada con los riesgos para la salud mental incluyendo síntomas suicida, depresión y los trastorno de ansiedad. En este estudio se puede determinar que el alto porcentaje de poseer algún grado de disfunción familiar sea un factor de riesgo para el consumo de alguna sustancia.

El nivel de distrés psicológico encontrado en los participantes relacionados al sexo mostro que el distrés psicológico bajo y moderado es mayor en los hombres, y el severo y muy severo es mayor en las mujeres, presenta una fiabilidad interna alta de los ítem, la escala del instrumento mostro un alfa de cronbach de .883, se calculo un valor $p = .029$, convirtiéndolo estadísticamente significativo. García. A. L. 2002 refiere que las respuestas psicológicas asociadas al stress son de tipo emocional y/o conductuales las cuales pueden conllevar a comportamiento antisociales que predisponen el consumo de drogas. Estudio han demostrado que no existen tantas diferencias entre género masculino y femenino y que estas diferencias se deben a eventos como la cordialidad, la aprensión y la ansiedad. Las mujeres tienen más acentuados estos rasgos,

mientras que los hombres no. En el presente estudio el sexo femenino presenta distrés severo y muy severo, es mayor que en el hombre quizás por su condición desde el punto de vista emocional en donde está más sujeta a cuestionamientos y reproches dentro de la familia y sociedad lo que la conlleva a la exposición a agentes estresantes.

Referente al Test de AUDIT de los 91 participantes que consumen alcohol tiene algún nivel de problemas de alcohol en mayor porcentaje el sexo femenino, quizás esto se deba a lo antes mencionado por García 2002 donde refiere la particularidad de la susceptibilidad de las jóvenes ante el consumo de alcohol.

Por otra parte, el consumo de alguna sustancia relacionada al distrés psicológico se encontró que de los 202 participantes, más de la mitad presenta distrés psicológico bajo – moderado, presentando un porcentaje significativo que consumen alguna sustancia psicoactiva, casi la mitad presenta distrés psicológico Severo- muy severo de estos más de la mitad consumen alguna sustancia psicoactiva. Los cálculos estadísticos indican una fuerte asociación entre el nivel de distrés y el consumo. El consumo indica que puede corresponder a la presencia de comorbilidad como el distrés lo que puede estar reflejando sentimientos de frustración y problemas en los adolescentes que los harían más propensos a adoptar conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y drogas.

Referente al consumo de alguna sustancia relacionada a la funcionabilidad familiar se encontró de los 202 participantes, presentan familias normo funcionales más de la mitad de estos consumen menos de la mitad alguna sustancia psicoactiva, un porcentaje significativo presenta algún grado de disfunción familiar de los cuales más de la mitad consumen alguna sustancia psicoactiva. Los cálculos estadísticos indican que la normo funcionalidad familiar es un factor protector ante el consumo de sustancias. Según Olson refiere que el camino al desarrollo psicosocial sano del adolescente debe mantener una función familiar activa y enriquecida desde este punto de vista es la mejor manera de fortalecer los factores protectores en la familia, favoreciendo menos probabilidades de un inicio temprano de consumo de sustancias. La disfunción familiar, han sido reconocidos como un factor de predicción del consumo de drogas en adolescentes asociados al rápido alivio de sensaciones corporales asociadas al malestar emocional. En el presente estudio los datos encontrados son similares a otros estudios mencionados en donde los adolescentes con familias con algún grado de disfunción familiar en su

mayoría están consumiendo sustancias quizás por la estabilidad relativa y dinámica familiar en que viven, en donde los procesos y funciones de la familia están dándose de forma aislada. Por otro lado **Saameño. J. A** refiere que la norma funcionalidad se ve demostrada en los lazos emocionales que unen a los miembros de una familia; afectividad e intimidad que satisface las necesidades afectivas de sus miembros, Por tanto si no se integran en la estructura familiar este proceso puede o no producir deterioro en la perspectiva de sus miembros en especial en la etapa adolescentes que es tan vulnerable en la comprensión de estos procesos considerándose en algún momento excluidos de las decisiones importantes dentro del núcleo familiar.

X. Conclusiones

1. En relación a la caracterización demográfica de los adolescentes de 10^{mo} y 11^{vo} grado que asisten a un instituto de secundaria de la ciudad de León, de los 202 encuestados la mayoría se encuentra en la adolescencia tardía seguida de la intermedia, se destaca el sexo femenino, la mayor parte son del 11Vº grado, y de procedencia urbana.
2. La prevalencia de consumo de las diferentes sustancias psicoactiva legales e ilegales fue casi la mitad (46%), están consumiendo más con una poca diferencia el sexo masculino, con una media de 17 años, siendo una actividad frecuente en el último año. Se encontró el consumo de una triada de sustancia consumida “alcohol, marihuana y crack, el alcohol es consumido casi igual en ambos sexos, mientras que las sustancias ilegales son consumidas mayormente por los hombres.
3. Las razones de consumo de sustancia psicoactiva ambos sexos es experimentar, seguido por la relajación, los sentimientos de tristeza, son razones de consumo mayor para las mujeres complacer a los amigos y presión de los amigos.
4. El distrés psicológico es un factor de riesgo relacionado al consumo, y tener familias normo funcionales actúan como mecanismo de protección ante el consumo de sustancias.

XI Recomendaciones

1. En las reuniones de padre de familia integrar temáticas sobre:
 - Integración familiar
 - Factores de riesgos y protectores asociados al consumo de sustancias
 - Promover en los hijos estilos de vida sanos que contribuyan a prevenir el consumo temprano de sustancias.
2. Fortalecer los factores de protección a través de la integración de actividades escolares que involucren a los padres, fortaleciendo los lazos afectivos de padre e hijo.
3. Se recomienda que a partir de los datos mostrados se integre la participación de padres de familia y docentes en la detección de cambios en la conducta o comportamiento de los adolescentes.
4. Promover en las (os) adolescentes estrategias de afrontamiento ante el estrés a través de actividades de relajación como terapias grupales, potencializar el tiempo de ocio en actividades recreativas.

5. Bibliografía

1. Bandura, A. (1987) "Pensamiento y acción: Fundamentos sociales."
2. Barraza-Arturo.M. (2007). El Campo de estudio del estres.
3. . Guatemala, Revista internaciona de Psicología **18**.
4. Beleño, R. S. M., Diaz, Morales.Gregorio.A. (2011). Análisis de las tendencias de consumo de drogas de abuso e impactos en la salud del individuo en países de américa latina. Departamento Toxicología. Bogota, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina 99.
5. Canales Q.Francisca.G, D. T., Guidorizzi.Z. Ana.C, (2010) "Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiares en adolescentes."
6. Casado, C. F. (2002) "Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapeuticas." **20**.
7. Castro. Robles. C. Moya. R. Vicente, V. C. Y. e. a. (2000). "Funcion y disfuncion familiar."
8. Castro.N.Cortez, V. G., Costa. Jr.ML (2010). "Uso de drogas entre estudiantes de la facultad de Ciencias Medicas de la UNAN- Leon." **18**: 606-12.
9. Corrales. A. Corrales .S. C, M. E. A. (2005) "Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria."
10. Espada Jose, P. G. K., Botvin Gilbert. J. Méndez, Xavier., Ed. (**2003**). **“Adolescencia consumo de alcohol y otras drogas” Papeles del psicólogo Madrid España**
11. Fantin, M. B. G., Horacio. Daniel (2011) "Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancais adictivas ".
12. Garcia-A-L, G. G. M. T. (2002). Consumo de sustancias en chicas adolescentes. Canaria-España.
13. **Gianantonio, C. A. (2009) "Estrategias preventivas en relación al consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes."**
14. Guillermo, B.-. (2008) "Encuesta Social."
15. Jenner.C.V. (2004). Diagnostico de pa prevalenca de consumo de sustancias psicoactivas licitas (alcohol y tabaco) en los estudiantes masculinos y femeninos de 16 a 45 años de

edad que cursan entre el primero y quinto año de estudio. San Salvador., Universidad Francisco Gavidia.

16. Jimenez-J, A.-. (2010) "Características de desarrollo psicologico de los adolescentes." **28**.
17. Largaespada-T, I.-L. A.-E. (2004). "Factores de riesgo y proteccion frente al consumo de drogas en la CAPV."
18. Lopez-Torrencilla, F., Salvador,M.,Verdejo,A.etal (2002) "Auto eficacia y consumo de droga: Una revision." **2**, 33-51.
19. Lopez, O., j. m, Miron, l. & Luengo, A. (1989) "Influence of family and peer group on the use of drug by adolescents”.." **24**, 1065-1082.
20. Medina, M. M. (1990). "Consumo de drogas en la poblacion estudiantil de enseñanza media y media superior del distrito federal y zona co urbana Fase II."
21. Mental., M. e. S. (2012). "Prevalencia y razones de consumo en adolescentes del INO asociados a riesgo de desesperanza y violencia."
22. Monteiro, M. G. (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas Un caso para la accion Washington, D.C 20037, EE.UU., Pan American Health Organization.
23. Munuera, J. N., M, A. Abad Mateo, M. Esteban Albert, M Tejerina. Arreal (2005). “Psicología para ciencias de la salud estudios de comportamiento humano ante enfermedad”. Mexico DF: .
24. Newcomb, M. D. B., P.M. (1989) "Substance Use and Abuse Among Children and Adolescents. American Psychologist." 44
25. OLIVARI MEDINA, C., - URRRA MEDINA, EUGENIA. (2007) " "AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD"." **13**.
26. Organizacion Paramericana de la Salud/Organizacion Mundial de la salud. (O.P.S-OMS) CENEP (FNUAP) (2000). "Salud y Desarrollo de Adolescentes Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes ".
27. Perez, R. M. G. E. L. (2010) "Construccion de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilicitas en adolescentes estudiantes de bachillerato." **10 N°1**, 80.
28. Prieto López, R. B., Bruna; Strike, Carol; Mann, Robert; Khenti, Akwatu. (2012) "Comorbilidad entre distres psicologico y abuso de drogas en pacientes de doos centros de tratamiento." **21**, 168-173.

29. Ramírez MR, A. D. (2005). La familia y los factores de riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. Revista Latino Americana "Enfermagem". **13**: 813.
30. Reptti-Rena.Shelley-L.Seeman-T.E. (2002) "Familias en riesgo: Entornos familiares y sociales de la salud física y mental. ." **128 N°2**, 330-366 DOI: 10.1037//0033-2909.128.2.330.
31. Saameño.J.A, B. (1996). "Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. Atención Primaria." **Vol.18**: 289-296.
32. Salazar, E. U., M.Vasquez. Luis. *et al* . (2004). **Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima**. Lima. **65**: 179-187. .
33. Sanchez, M. M. (2005). Encuesta sobre consumo de drogas, en estudiantes de enseñanza secundaria de Nicaragua. . Coordinador Nacional de SIDUC/CICAD/OEA **Nicaragua, EncuestasSPA. 1**.
34. Sánchez Pardo, L. (2006). Guía informativa Droga y Género Salud para la mujer de Galicia. Galicia **10**.
35. Selye, H. (2003) ". Tensión sin angustia."
36. Stempliuk VA, B. L., Andrade AG, et al. (2005). "Estudio Comparativo de uso de drogas por alumnos de la Universidad de Sao Paulo." Revista de Psiquiatria **3**: 185-193.
37. Teofilo, G. E. (1997). "Trabajo con familias." Pag (89-97) (153-161).
38. Ugarte,W. J. (2004) Percepción de los estudiantes adolescentes de secundaria del Instituto Nacional de Occidente, León sobre el uso de drogas y sus propuestas de intervención.
39. Valverde, R. P., Moreno Rodríguez Carmen (2010). "Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles:Tabaco, Alcohol, Cannabis y otras drogas ilegales."

XIII. Anexos

Cronograma de actividades

N°	Actividad	Mrz-Abr		Mayo		Junio		Julio		Agost		Septmb		Octubre			Nov
		SI	SII	SI	SII	SI	SII	SI	SII	SI	SII	SI	SII	SI	SII	SIII	Sm IV
		SI	SII	SI	SII	SI	SII	SI	SII	SI	SII	SI	SII	SI	SII	SIII	Sm IV
1	Revisión de Bibliografía	X	X	X	X	X											
2	Planteamiento del problema	X															
3	Construcción del Marco teórico	X	X	X	X	x	x	X									
4	Realización de la introducción.	X	X														
5	Diseño metodológico	X															
6	Entrega de primer preliminar	X	X														
8	Diseño del instrumento de recolección de datos			X	X												
9	Validación del instrumento(No del AUDIT)		X														
10	Ejecución de la investigación									X	X		X				
11	Procesamiento de los datos												X				
12	Análisis de los datos													X			
12	Entrega del primer borrador													X			
13	Entrega del segundo borrador														X		
14	Pre defensa															X	
15	Defensa																X

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
UNAN-LEON.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Centro de Investigación en Demografía y Salud CIDS

Encuesta.

A través, del siguiente instrumento, solicitamos el apoyo con información veraz, para desarrollar este estudio el cual propone. Prevalencia y razones de consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales asociado con el grado de disfunción familiar y de distrés psicológico de los adolescentes de 10^{mo} y 11^{vo} grado del instituto nacional de occidente en León. La información que usted nos brinde será confidencial y únicamente se utilizará con fines de estudio para mi trabajo investigativo, sus nombres no son necesarios.

No ficha: _____

Fecha: _____

1. Características sociodemográficas. (Rellene el recuadro con una X según su respuesta)			
1.1	Edad	Sexo: F	M
1.2	Procedencia	Rural	Urbana
1.3	Año de estudio	10 ^{mo}	11 ^{vo}
2. Consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida. (Marque con una "X" el recuadro si según sea su respuesta)			
2.1	Ha Consumido de algún tipo de sustancias psicoactiva (drogas ilegales o alcohol,) Alguna vez en su vida?	Si	No
2.2	Edad de inicio de consumo		
3. Consumo de sustancia psicoactiva (Si la respuesta de la pregunta 2 es si favor marque con una X el tipo de sustancia que consume)			
3.1	Tipo de sustancia		
	Alcohol	Marihuana	
	Crack	Cocaína	
	Extasis	Heroína	

4. Hace cuanto consumió la sustancia psicoactiva (Si marco alguna de las opciones de respuesta de la pregunta 3 favor, marque con una X hace cuanto la consumo)					
Sustancia		Ultima semana	Ultimo mes	Ultimo año	Desde el inicio de su adolescencia.
4.1	Alcohol	☐	☐	☐	☐
	Marihuana	☐	☐	☐	☐
	Crack	☐	☐	☐	☐
	Cocaina	☐	☐	☐	☐
	Extasis	☐	☐	☐	☐
	Heroína	☐	☐	☐	☐
5. Que lo motivó al consumo de sustancias psicoactivas. (Marque con una X las opciones de respuesta que usted considere)					
Experiementar ☐		Disminución de timidez ☐			
Publicidad ☐		Sensación de bienestar ☐			
Alivio del dolor ☐		Sensación de euforia ☐			
Relajación ☐		Presión de los amigos ☐			
Sensacion de alivio de la fatiga ☐		Sentimientos de tirsteza ☐			
Complacer a los amigos ☐		Abandono ☐			
Sentimientos de rechazo a la familia ☐					
6. Quien lo inicio en este habito. (Marque con una X la respuesta)					
Un Amigo ☐		Un Familiar ☐		Otros ☐ Indique quien:_____	

Tés de AUDIT, responda el siguiente Tes de forma sincera responda solo una casilla, por cada una de las preguntas.

7. Tes de AUDIT.

7.1	¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca ☐	Una vez o menos veces al mes. ☐	De 2 a 4 veces al mes ☐	2 a 3 veces a la semana ☐	4 o más veces a la semana ☐
7.2	¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 a 2 ☐	3 a 4 ☐	5 a 6 ☐	7 a 9 ☐	10 o mas ☐
7.3	¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	Nunca ☐	Menos de una vez al ☐	Mensualmente. ☐	Semanalmente ☐	A diario o casi diario. ☐
7.4	¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca ☐	Menos de una vez al ☐	Mensualmente. ☐	Semanalmente ☐	A diario o casi diario. ☐
7.5	¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted por qué había bebido?	Nunca ☐	Menos de una vez al ☐	Mensualmente. ☐	Semanalmente ☐	A diario o casi diario. ☐
7.6	¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca ☐	Menos de una vez al ☐	Mensualmente. ☐	Semanalmente ☐	A diario o casi diario. ☐

7.7	¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca ☐	Menos de una vez al mes ☐	Mensualmente. ☐	Semanalmente ☐	A diario o casi diario. ☐
7.8	¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por que había estado bebiendo?	Nunca ☐	Menos de una vez al mes ☐	Mensualmente. ☐	Semanalmente ☐	A diario o casi diario. ☐
7.9	¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos por que usted había bebido?	No ☐	Si pero no en el curso del ultimo año. ☐		Si, el ultimo año. ☐	
7.10	¿Algún familiar , amigo, o profesional sanitario ha demostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber.	No ☐	Si pero no en el curso del ultimo año. ☐		Si, el ultimo año. ☐	

8. Tes del Apgar de la familia. (En cada una de las preguntas marque solo una de las opciones).

Preguntas		Casi Siempre (2)	A veces (1)	Casi Nunca (0)
8.1	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de de su familia cuando tiene un problema?	☐	☐	☐
8.2	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	☐	☐	☐
8.3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	☐	☐	☐
8.4	¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?	☐	☐	☐
8.5	¿Siente que su familia les quiere?	☐	☐	☐

Instrumento K10 (Distrés Psicológico) En cada una de las preguntas marque solo una de las opciones

9. En los últimos 30 días ¿Con que frecuencia se sintió...?		Siempre (5)	Casi Siempre (4)	A Veces (3)	Casi Nunca (2)	Nunca (1)
9.1	¿Cansado (a) sin ningún motivo	☐	☐	☐	☐	☐
9.2	¿Nervioso (a)?	☐	☐	☐	☐	☐
9.3	¿Tan nervioso (a) que nada podía calmarlo (a)?	☐	☐	☐	☐	☐
9.4	¿Sin esperanza?	☐	☐	☐	☐	☐
9.5	¿Inquieto (a) o intranquilo (a)?	☐	☐	☐	☐	☐
9.6	¿Tan inquieto (a) que no podía permanecer sentado(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
9.7	¿Deprimido (a)?	☐	☐	☐	☐	☐
9.8	¿Tan deprimido(a) que nada podía animarle?	☐	☐	☐	☐	☐
9.9	¿Qué todo le costaba mucho esfuerzo?	☐	☐	☐	☐	☐
9.10	¿Inútil?	☐	☐	☐	☐	☐

SOLUCIONES AL TEST:

Tés AUDIT

Instrucciones: A continuación se muestra un test con 10 apartados. Cada respuesta puntúa de 0 a 4 puntos, que coincide con el número que hay antes de la contestación elegida. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos correspondientes a cada pregunta que elija. La suma final es el resultado que ha obtenido en el test

La valoración del test es distinta para hombres y mujeres. Una vez sumados el total de puntos que ha obtenido en el test, verá que su resultado se encuentra dentro de alguno de los siguientes apartados:

HOMBRES: Para hombres:

Riesgo de problemas de alcohol: Menor de 8

Nivel medio de problemas de alcohol: 9-15

Nivel alto de problemas de alcohol: 16-20

El corte varia un poco para las mujeres

Riesgo de problemas de alcohol: Menor de 7

Nivel medio de problemas de alcohol: 8-14

Nivel alto de problemas de alcohol: 15-19

El primer paso para resolverlo consiste en asumir que sufre un problema muy serio con el alcohol. Debe iniciar un tratamiento inmediatamente si no quiere que su salud se resienta y los demás se retiren de su compañía cada vez más.

Recuerde que los resultados del test tienen un valor orientativo y no pueden reemplazar una valoración completa realizada por un psiquiatra o psicólogo en una entrevista clínica convencional. Si quiere tener una mayor certeza sobre el resultado acuda a su psiquiatra de referencia. **(Fuente: Organización Mundial de la Salud)**

Test del Apgar de la familia

Es un Cuestionario de 5 preguntas Evalúa funcionalidad del individuo en la familia. Aproximando un análisis de la función familiar básica.

En cada una de las preguntas marque sólo una de las opciones.

Los puntos de corte son los siguientes:

Normo funcional: 7 - 10 puntos.

Disfuncional leve: 0 - 2 puntos

Disfuncional grave: 3 – 6.puntos

INSTRUMENTO K10 (Distres psicológico)

En cada una de las preguntas marque sólo una de las opciones

Andrews, G. & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). Australian and New Zealand Journal of Public Health, 25(6): 494-497.

El test de distrés Psicológico: El distrés psicológico fue evaluado por medio del Instrumento *Kessler-10* (K-10), que consiste en un cuestionario de 10 preguntas que mide el distrés psicológico Evalúa un conjunto de conductas y emociones que producen desasosiego en el adolescente.

Para su análisis se considera como: Los valores posibles van desde 10 (que indica ausencia o niveles mínimos de distrés psicológico) a 50 (que indica niveles altos de distrés). Con base en estas puntuaciones se ha hecho una clasificación del distrés en cuatro grupos principales: bajo (10-15), moderado (16-21), severo (22-29) y muy severo (30-50).

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.

UNAN-LEON.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

INTRODUCCION

Las drogas legales e ilegales han aumentado su prevalencia de consumo tanto los estimulantes como los tranquilizantes son usados por los adolescentes. El cigarrillo y el alcohol es consumido en un alto porcentaje, cerca de la mitad de los estudiantes en edad adolescente. Por lo que surge la inquietud de Conocer la prevalencia y razones de consumo de sustancias psico activas legales e ilegales asociado con el grado de disfunción familiar y de distres psicológico en estudiantes de 10 m° y 11V° grado, que asisten a un instituto público secundaria de la ciudad de León.

Objetivos de la investigación:

- ◆ Describir la caracterización demográfica de los estudiantes de IV y V año que asisten a un instituto público de secundaria de la ciudad de León.
- ◆ Establecer la prevalencia y las razones de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas legales e ilegales de los participantes del estudio.
- ◆ Determinar el grado de funcionabilidad familiar de los participantes del estudio que asisten a un instituto público de secundaria
- ◆ Identificar el nivel de distrés psicológico que tienen los participantes del estudio.

Método: Encuesta

Riesgo de participar en la investigación:

No existe ninguno

Beneficio de participar en la investigación:

Derechos del paciente:

1. El paciente será informado con claridad antes de obtener el consentimiento informado por escrito.
2. El paciente tiene derecho de retirarse del estudio en cualquier momento del mismo sin que este afecte la relación medico paciente.

3. El paciente tiene derecho a que se resguarde su privacidad, la información que el investigador obtenga por encuesta y se mantendrá en estricta confidencialidad.

Fuente de financiamiento: Por el autor del estudio.

Por cuanto:

Yo: _____ habiendo sido informado(a) detalladamente y de manera escrita sobre los propósitos, alcances, beneficios, riesgo de la participación en el estudio de manera voluntaria doy mi autorización para participar en el estudio.

Firmo, a los _____ días del mes de _____ del año 2008.

Firma.

Apegado a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, sobre principios éticos para las investigaciones en seres humanos. (Ratificadas en 52 asamblea general Edimburgo, Escocia, octubre 2000).