UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN ADOLESCENTES RELACIÓNADO CON ALGUNAS CARACTERISTICAS PERSONALES, PSICOSOCIALES Y PROPIAS DEL CONSUMIDOR

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA
MENCIÓN GESTION DEL CUIDADO

AUTORA: ANDREA MELO SEVERINO
GUÍA DE TESIS: LUCY ARMSTRONG BAREA

PROGRAMA MAGISTER EN ENFERMERÍA

Valparaíso, Chile

Diciembre, 2018

Universidad de Valparaíso

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

INFORME DE EVALUACION TESIS DE MAGISTER

La comisión evaluadora de Tesis comunica al director de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magister presentada por la candidata:

ANDREA MELO SEVERINO

Ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día …….. de ……, del 2018, como requisito para optar al grado de Magister en Enfermería con mención en Gestión del cuidado, para que así conste para todos los efectos firman:

Profesor Patrocinante

Profesor

_____

Comisión Evaluadora

Profesor

_____

Profesor

_____

AGRADECIMIENTO

El camino para llegar a esta etapa final no ha sido fácil, distintas situaciones han ocurrido durante este periodo, sin embargo, con el apoyo de grandes personas este proceso pudo finalizar.

Un agradecimiento especial a mi asesora de Tesis, Profesora y querida colega Lucy Armstrong quien me apoyó en todo momento con generosidad, dedicación, confianza y afecto.

A mis queridos colegas del departamento de Enfermería del niño y adolescente, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, que sin su tremendo apoyo brindado durante este semestre no habría sido capaz de cumplir con este proyecto.

Mi agradecimiento a los establecimientos de la corporación municipal de Valparaíso, por abrir sus puertas en una primera etapa para desarrollar esta investigación, y a todas las personas de dicha institución que colaboraron en forma cálida y desinteresada.

Finalmente, un reconocimiento y agradecimiento infinito a mis Papas, hermanos, suegros, esposo e hijos, por el amor y apoyo incondicional que me han brindado, permitiendo perseverar en este proceso. No tengo duda que sin este círculo de hierro no hubiese podido lograrlo.

Es mi deseo que esta investigación sea un aporte a la sociedad, a la comunidad, y a los distintos profesionales a fines con esta temática.

I ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN 1

CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL 5

2.1 Marco empírico 5

2.1.1 Magnitud del problema 5

2.1.2 Prevalencia del consumo de sustancia adictiva en adolescentes 6

2.1.3 Consumo de sustancia adictiva y algunas características personales, psicosociales y propias del consumidor 11

2.2 Marco teórico 22

2.2.1 Estrategias de salud relacionadas con el consumo de sustancias Adictivas. 22

2.2.2 Consumo de sustancia adictiva en adolescentes 23

2.2.3 Tipo de consumo de sustancias adictivas 25

2.2.4 Dependencia y Tolerancia en el Consumo de sustancias adictivas 27

2.2.5 Sustancias adictivas 29

2.2.6 Modelo de promoción de la salud de Nola Pender (MPS) 34

2.2.7 Definición y operacionalización de variables 40

CAPITULO 3: MATERIAL Y METODO 46

3.1 Diseño del estudio 46

3.2 Muestra del estudio 46

3.3 Instrumentos recolectores de datos 46

3.4 Procesamiento y análisis de los datos 48

3.5 Consideraciones éticas 49

CAPITULO 4: ANÁLISIS DE RESULTADOS 50

4.1 Caracterización de la muestra 50

4.2 Consumo de sustancia adictiva 51

4.3 Consumo de sustancia adictiva y algunas características personales 52

4.4 Consumo de sustancia adictiva y algunas características Psicosociales 54

4.5 Consumo de sustancia adictiva y algunas características propias del consumidor. 55

CAPITULO N°5: DISCUSIÓN, CONCLUSION, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS. 59

5.1 Discusión 59

5.1.1 Consumo de sustancia adictiva 59

5.1.2 Relación entre el consumo de sustancia adictiva y Características personales 59

5.1.3 Relación entre el consumo de sustancia adictiva y Características Psicosociales 60

5.1.4 Relación entre el consumo de sustancia adictiva y Características propias del consumidor. 62

5.2 Conclusiones 65

5.3 Limitaciones en la investigación 67

5.4 Sugerencia 67

5.5 Referencias bibliográficas 70

Anexos 84

II INDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Consumo de sustancias adictiva de los participantes del estudio 51

Tabla N°2: Tipo de sustancias adictivas consumida por los participantes del estudio 51

Tabla N°3: Magnitud de consumo de sustancias adictivas de los participantes del estudio 52

Tabla N°4: Relación entre tipo de sustancias adictiva y Características personales 53

Tabla N°5: Relación entre magnitud de consumo de sustancias adictivas y Características personales 53

Tabla N°6: Relación entre tipo de sustancias adictiva y Características psicosociales 54

Tabla N°7: Relación entre magnitud de consumo de sustancias adictivas y Características psicosociales. 55

Tabla N°8: Relación entre el tipo de sustancia adictiva y características propias del consumidor. 56

Tabla N°9: Relación entre magnitud de consumo de sustancias adictivas y características propias del consumidor**.** 57

III INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama del Modelo de salud de Nola Pender (MPS) aplicado al consumo de sustancias adictivas. 39

IV INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Acta de comité de ética “Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares” 84

Anexo 2: Carta autorización de profesora Lucy Armstrong, para la utilización de la base de datos de la tesis “Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionado con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados” 86

Anexo 3: Acta de comité de ética para la autorización del uso de la base de datos del estudio "Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares" 87

Anexo 4: Tablas 89

Tabla N° 1: Distribución por sexo de los participantes del estudio 89

Tabla N° 2: Distribución por edad de los participantes del estudio 89

Tabla N°3: Rendimiento Escolar según Promedio de notas y repitencia de curso de los participantes del estudio 89

Tabla N°4: Trabajar además de estudiar de los participantes del estudio 90

Tabla N°5: Pertenencia a grupos comunitarios de los participantes del estudio 90

Tabla N°6: Redes de apoyo de los participantes del estudio**.** 91

Tabla N°7: Tipo de familia de los participantes del estudio 91

Tabla N°8: Malestar psicológico autopercibido de los participantes del estudio 92

V. RESUMEN

Introducción. El consumo de sustancias adictivas en la adolescencia genera preocupación social por sus consecuencias y su asociación a otras conductas de riesgo. **El objetivo** de esta investigación fue relacionar el consumo de sustancias adictivas con algunas características personales, psicosociales y propias del consumidor, en adolescentes que asisten a colegios municipalizados de la ciudad de Valparaíso. **Material y métodos.** Estudio cuantitativo descriptivo correlacional. La población fue la base de datos del estudio "Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares" (295 estudiantes). Se realizó análisis descriptivo utilizando, medidas de tendencia central y medida de dispersión. Para el análisis relacional se empleó el coeficiente de correlación Tau-b de Kendall, y de Spearman. Para diferencias significativa el test estadístico no paramétrico U de Wilcoxon, mann – Whitney y Kruskall Wallis. **Resultados.** En el último mes el 44,7% de los adolescentes declaró haber consumido alcohol, 43% tabaco y 34,4 % marihuana. El tipo de sustancia adictiva se relacionó significativamente con la edad, adquisición, motivación, contexto, autopercepción sobre el control, autopercepción del efecto, actitud familiar y consumo de pares ($p \geq 0,05$) Además, mostró una relación estadísticamente significativa entre los días de consumo y edad, edad de inicio de consumo, repetir curso, trabajar además de estudiar y red de apoyo ($p \geq 0,05$); y una relación estadísticamente significativa entre cantidad de consumo y edad, edad de inicio, repetir curso y trabajar además de estudiar($p \geq 0,05$). Además, reveló una diferencia estadísticamente significativa entre magnitud de consumo y distintos tipos de adquisición, motivación, contexto, autopercepción de control, autopercepción de efecto de la marihuana, actitud familiar y consumo de pares ($p \geq 0,05$). **Conclusiones** Los estudiantes presentaron una prevalencia de consumo mayor a los reportados a nivel nacional como regional, y se relacionaron con variables personales, psicosociales y propias del consumidor que debieran ser valoradas en el contexto del control integral del adolescente.

Palabras claves: Adolescente, trastornos relacionados con sustancias, factor de riesgo, prevalencia. (DeCS)

V.ABSTRACT

Introduction. The consumption of addictive substances in adolescence generates social concern due to its consequences and its association with other risk behaviors. **The objective** of this research was to relate the consumption of addictive substances with some personal, psychosocial and consumer characteristics, in adolescents attending municipal schools in the city of Valparaíso. **Material and methods**. Quantitative descriptive correlational study. The population was the database of the study "Behaviors of risk and symptoms of psychological distress related to personal and family characteristics" (295 students). Descriptive analysis was carried out using measures of central tendency and measure of dispersion. For the relational analysis, the correlation coefficient Tau-b of Kendall and Spearman was used. For significant differences, the nonparametric statistical test U of Wilcoxon, mann - Whitney and Kruskall Wallis. **Results** In the last month, 44.7% of adolescents reported having consumed alcohol, 43% smoking and 34.4% marijuana. The type of addictive substance was significantly related to age, acquisition, motivation, context, self-perception of control, self-perception of the effect, family attitude and consumption of pairs ($p \geq 0.05$). In addition, it showed a statistically significant relationship between days of consumption and age, age of beginning of consumption, repeat course, work in addition to studying and support network ($p \geq 0,05$); and a statistically significant relationship between amount of consumption and age, age at onset, repeat course and work in addition to studying ($p \geq 0.05$). In addition, it revealed a statistically significant difference between magnitude of consumption and different types of acquisition, motivation, context, self-perception of control, self-perception of the effect of marijuana, family attitude and consumption of pairs ($p \geq 0.05$). **Conclusions.** The students presented a prevalence of consumption higher than those reported nationally and regionally, and were related to personal, psychosocial and consumer variables that should be assessed in the context of the adolescent's comprehensive control.

Key words: Adolescent, disorders related to substances, risk factor, prevalence. (DeCS

CAPITULO 1:

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN:

El consumo de sustancias adictivas, como conducta de riesgo en la adolescencia genera una gran preocupación social debido a sus consecuencias en sí mismas y su asociación a otras conductas de riesgo que puede experimentar el adolescente (1,3). Si se considera que durante esta etapa el cerebro conforma una estructura altamente sensible a la experiencia y a los distintos estímulos externos, entre ellos los químicos, hace que los jóvenes sean altamente vulnerables a la instalación de consumos problemáticos o consumos adictivos de alcohol, tabaco y/o sustancias ilícitas a futuro (4, 5).

En relación a lo anterior, la evidencia es categórica en señalar que el consumo de alcohol puede producir daños a nivel cerebral, especialmente sobre el área de la memoria, aprendizaje y planificación de tareas, lo que repercute en las relaciones personales y en el rendimiento escolar. Asimismo, el consumo temprano y frecuente de marihuana produce cambios neurobiológicos durante el periodo de maduración cerebral, predisponiendo al adolescente a presentar bajas notas, menor satisfacción escolar, actitud negativa hacia la escuela, absentismo y finalmente abandono escolar. Según datos obtenidos en población escolar, en el 45% de los casos, el uso de marihuana está relacionado con bajo rendimiento y desapego escolar (6,7).

Con respecto a esta problemática, los organismos especializados sobre drogas señalan que el hecho de probar estas sustancias no conduce necesariamente a la dependencia, pero agregan que cuanto mayor es la frecuencia y la cantidad consumida, mayor es el riesgo de volverse dependiente. Es así, que algunos jóvenes no pasaran del consumo experimental, que es el más frecuente en esta etapa, pero otros consumirán droga de forma regular desarrollando abuso o dependencia (8).

En relación a la prevalencia de drogas licitas, el consumo de alguna vez en la vida de tabaco y alcohol en adolescentes a nivel internacional es de un 47% y 80 % y a nivel nacional de un 57,2% y 80,6 % respectivamente y se observa un aumento significativo en la

prevalencia de consumo de alguna vez en la vida de drogas ilícitas como la marihuana, que oscilan entre un 16% y un 37% a nivel internacional y un 43,7% a nivel nacional, ubicando a los adolescentes chilenos como el grupo que presenta mayor consumo de marihuana en la región de América. Lo anterior se ve agravado por la disminución en la percepción de riesgo frente al consumo y la precocidad, entendida como el consumo antes de los 15 años de edad (4,9-11).

Por otra parte, la literatura revisada evidencia que el consumo de sustancias adictivas en el adolescente se relaciona con algunas características personales como; el sexo, edad y rendimiento escolar (12-15). Asimismo, con algunas características psicosociales como trabajar, además de estudiar, pertenencia en grupos comunitarios, redes de apoyo, tipo de familia y malestar psicológico autopercibido (16-19). Y con características propias del consumidor como la edad de inicio, motivación, adquisición, contexto, consumo de los pares, autopercepción de control, efecto y actitud familiar frente al consumo de sustancia adictiva (20-24).

En concordancia con lo anterior, la importancia de abordar este tema radica en las consecuencias que la problemática de consumo de sustancias adictivas significa tanto para la sociedad como para los individuos en particular. Por un lado, para la sociedad involucra costos económicos como el aumento en la demanda de los servicios de asistencia sanitaria y social, y el descenso del rendimiento y productividad, como también tienen una relación directa con causas de discapacidad, manifestada en la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVISA) (25). Además, de las consecuencias personales mencionadas. Es asi que en relación a lo señalado a nivel nacional se han establecidos directrices, con el objetivo de abordar esta problemática, como es el plan nacional de salud mental y la estrategia nacional sobre drogas 2009 – 2018, dando respuesta al obetivo estrategico numero tres que implica desarrollar habitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reduccion de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la poblacion .

Por lo anteriormente expuesto, se desprende la necesidad de describir el consumo de sustancias adictivas y relacionarlas con algunas características personales, psicosociales y propias del consumidor en adolescentes, lo que permitirá profundizar en el diagnóstico de esta problemática a nivel local, y a poder conocer como estas características influyen en el consumo de sustancias en los adolescente lo que permitirá establecer un plan de cuidado como enfermera, con un enfoque de promoción.

Asimismo, la presente investigación a través de la aplicación del Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender (MPS), por una parte facilitará la comprensión del comportamiento del adolescente y por otro lado se identificara aquellos factores de acuerdo a los componentes del modelo que se asocian al consumo de sustancias adictivas , con el fin de definir estrategias que favorezcan un conducta promotora de salud.

Todo esto, considerando que el profesional de enfermería es un agente relevante en la promoción y prevención de la salud (26). A través del control de salud del niño/a y adolescente.

De los aspectos planteados surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el consumo de sustancias adictivas relacionado con algunas características personales, psicosociales y propias del consumidor, en adolescentes que asisten a colegios municipalizados de la ciudad de Valparaíso durante el segundo semestre del año 2013?

1.1 Objetivo General

1. Relacionar el consumo de sustancias adictivas con algunas características personales, psicosociales y propias del consumidor en adolescentes que asisten a colegios municipalizados de la ciudad de Valparaíso durante el segundo semestre del año 2013.

1.2 Objetivos específicos

1. Identificar el consumo de sustancias adictivas.
2. Relacionar el consumo de sustancias adictivas y algunas características personales.
3. Relacionar el consumo de sustancias adictivas y algunas características psicosociales.
4. Relacionar el consumo de sustancias adictivas y características propias del consumidor.

CAPITULO 2:

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco empírico

Magnitud del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las principales problemáticas que se presentan en la adolescencia corresponden a alteraciones de salud mental, nutricionales, sexuales y reproductivas, violencia, traumatismos involuntarios y consumo de sustancias adictivas (2). Estas conductas ocasionan un 60% de la mortalidad adolescente y se generan debido a causas externas tales como accidentes de tránsito, suicidios y homicidios, los cuales afectan en un 70,4% a los hombres y en un 29,6% a las mujeres (1).

En el caso específico del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre los adolescentes (10 -19 años) suscita una gran preocupación social, por ser una conducta cada vez más frecuente en esta población y que a la vez se encuentra asociada a otras conductas de riesgo, tales como violencia, actividad sexual no planificada, deserción escolar, conducción de vehículos en forma imprudente, entre otras. (4, 3, 27).

Entre los factores que contribuyen al inicio de consumo y de abuso de sustancias adictivas en el adolescente y su eventual dependencia en la vida adulta, se encuentran las características propias de su desarrollo, como es el sentimiento común de ser invulnerable y la necesidad de autonomía, sumado a los desafíos sociales, emocionales y académicos que enfrenta al ingresar a la enseñanza media, factores que se ven fortalecidos cuando el adolescente se relaciona con compañeros o conocidos consumidores de sustancias adictivas (28,29).

Es importante señalar que no todo consumo en un adolescente es problemático, pero sí es imprescindible pensar que todo consumo en esta etapa es de alto riesgo (4). Por lo tanto, cuantos menos factores protectores y más factores de riesgo incidan en un adolescente, mayor probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas. (4).

2.1.2 Prevalencia de consumo de sustancias adictivas en adolescentes

2.1.2 a. A nivel mundial

La oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC), calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en el año 2015 (10). Cifra que equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido. Además, se estima que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de estas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% vive con el VIH (30).

Asimismo, se calcula que el consumo de drogas anualmente es responsable de 207.400 muertes, lo que equivale a 43,5 muertes por cada millón de personas entre 15 y 64 años, representando aproximadamente las muertes por sobredosis entre un tercio y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas (30). Del mismo modo, la magnitud de daño provocado por el consumo de sustancias adictivas se hace visible en los 28 millones de años de vida sana (años de vida ajustados en función de la discapacidad) (AVAD), que según las estimaciones se perdieron en todo el mundo en el año 2015, tanto por muertes prematuras, como por discapacidad causada por el consumo (10).

Por otra parte, a nivel mundial, según la UNODC, la marihuana sigue siendo la droga de consumo más frecuente en el mundo, estimando que el número de consumidores de esta droga a nivel mundial fue de 183 millones en el año 2015 y alrededor del 3,8% de la población había consumido esta droga durante el año anterior (10,30)

De la misma forma, el último informe europeo sobre drogas revela que 17,1 millones de europeos de 15 a 34 años (el 13,9 % de este grupo de edad), consumieron marihuana en el último año, de ellos, 10 millones correspondió a jóvenes entre los 15 y 24 años (17,7 %). Además, señala que los estudiantes de 15 a 16 años de 35 países europeos, incluidos 23 estados miembros de la unión europea y Noruega informan haber consumido esta droga al menos una vez en la vida. (10). Agregado a lo anterior, la encuesta de escolares de consumo

de alcohol y droga (ESPAD), señala que en promedio el 16% de los escolares declara haber consumido marihuana al menos una vez en la vida, encontrándose las tasas más altas en República Checa (37 %) y Francia (31 %) (11).

Con respecto al consumo de alcohol, el informe europeo encontró la prevalencia de consumo más alta en la República Checa (68%) y la más baja en Islandia (14%), con un promedio de consumo de alguna vez en la vida de un 80 % y consumo en el último mes de 48%. Además, el estudio reveló que casi la mitad de los estudiantes (47%) informaron haber consumido alcohol a los 13 años o menos. En relación al consumo excesivo ocasional, el 39 % de los adolescentes y el 36 % de las adolescentes habían tomado cinco o más bebidas al menos una vez en el último mes, y uno de cada doce estudiantes había experimentado intoxicación alcohólica a los 13 años o menos (10).

En relación al tabaco, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), revela que el 12% del total de muertes producidas a nivel mundial en personas mayores de 30 años, son atribuibles al consumo de tabaco y a la exposición al humo de este, lo que corresponde a casi 6 millones de personas que mueren anualmente por esta causa; estimándose que esta cifra aumentaría a casi 8 millones en el año 2030 (24,31). Además, agrega que esta conducta es responsable del 16% de las muertes por enfermedades cardiovasculares, 25% de las muertes por cáncer y 52% de las muertes por enfermedades crónicas respiratorias (24).

Por otra parte, una encuesta realizada en Europa encontró que alrededor de la mitad de los estudiantes (47%) había fumado cigarrillos, uno de cada cinco (23%), lo había realizado a la edad de 13 años o menos y el 21% había usado cigarrillos durante los últimos 30 días, hallándose las tasas más altas de consumo de tabaco en Italia (37%) y la más baja en Islandia (6%) (11, 12).

2.1.2 b. A nivel latinoamericano

Según los datos reportados por Partnership Attitude Tracking Study (PATS), los adolescentes hispanos tienen mayor probabilidad de abusar de sustancias adictivas en comparación con adolescentes de otros grupos étnicos. Es así, que el 54% de los adolescentes hispanos refieren haber consumido una droga, frente a un 45 % y 43% de adolescentes afroamericanos y caucásicos, respectivamente (32).

En relación al consumo de marihuana en adolescentes de países sudamericanos, la evidencia muestra una gran dispersión en cuanto a los resultados de prevalencia de consumo de "alguna vez en la vida". Es así, que en países como Perú, Ecuador y Venezuela tienen tasas inferiores al 3% en contraste con Chile que alcanza una prevalencia de un 28%, llegando a ser el país que presenta mayor consumo de marihuana del hemisferio. Situación similar ocurre con otros países como Antigua y Barbuda, Canadá y Estados Unidos que, si bien no alcanza los niveles de Chile, presentan una prevalencia de consumo que supera el 20%. (24).

De igual manera que en el uso de la marihuana, los estudios revelan una gran dispersión en la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes de la región. Es así que, en países como Ecuador, la prevalencia de consumo del "último mes" corresponde a un 7%, a diferencia de otros países como Colombia, Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Chile, Paraguay, Suriname y Uruguay, cuyas cifras alcanzan a más de un 50%, siendo la prevalencia promedio para esta subregión de un 35,7%, y el promedio per cápita de un 30%, lo que es mayor al promedio a nivel mundial (24). Por otro lado, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. (UNICEF), señala que en América Latina y el Caribe, uno de cada tres estudiantes de 13 a 15 años (34,9%) reconoce haber consumido alcohol al menos una vez en el último mes, sin encontrarse diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Con respecto al consumo de tabaco en jóvenes, existe un descenso de la prevalencia en algunos países. No obstante, al igual que lo descrito con las drogas anteriores, los hallazgos muestran importantes diferencias en las prevalencias de consumo entre los distintos países

de la Región, y se destaca a Chile una vez más, como uno de los países más consumidores, con una prevalencia de consumo "en el último mes" de un 24.5%. Por otro lado, la prevalencia más baja corresponde a Antigua y Barbuda con un 1.8%. Con relación a algunas prevalencias de consumo en otros países, se encuentra Argentina (18,7%); Paraguay (14,7%); Bolivia (13,3%); Colombia (12,5%); Panamá (4,8%); Jamaica (4,5%); Santa Lucía (3,9%); Guyana (2,5%); Bahamas (2,1%) y República Dominicana (1,9%). Así, es posible afirmar que se alcanza a nivel regional, un promedio de un 13,8% (24,33).

2.1.2 c. A nivel nacional

Según los datos reportados la prevalencia de consumo de alcohol en Chile de "alguna vez en la vida" se mantiene relativamente estable en un 79,6% y el consumo en el "último año" alcanza un 63,9% (34, 35).

Asimismo, los estudios revelan que la prevalencia de consumo de alcohol en la población escolar en "el último año", "alguna vez en la vida "y "último mes", es de un 63%, 80,6 % y 35,6% respectivamente, con una prevalencia de consumo del "último mes" de un 37% para la mujer y de un 34,2% para los hombres (36). Además, muestra que el 64,9% de los estudiantes inician el consumo antes de los 15 años, siendo la edad de inicio promedio del consumo los 13,8 años (36).

Por una parte, en relación a la prevalencia de uso de tabaco en la población general, estas muestran estabilidad en todas las medidas de consumo; "en el último año"; "en el último mes", y "alguna vez en la vida", con un 37,9%, 33,4% y 64,1% respectivamente. Del mismo modo, el número de personas que inició el consumo de tabaco en el último año se mantuvo estable, correspondiendo a 639.213 individuos, de los que un 33,9% son adolescentes y jóvenes (34,35). En relación a la población escolar, la prevalencia de consumo de cigarrillos durante el "último mes" es de un 24,9% y el consumo de "alguna vez en la vida" y durante "el último año", alcanza un 57,2% y 40% respectivamente (36). Además, agrega, que la edad de inicio es a los 13,7 años y la prevalencia de consumo diario de cigarrillos (20 o más días de consumo en el último mes), es de un 6% (36).

Con respecto al consumo de marihuana en la población general, desde el año 2010 a la fecha existe un aumento sistemático y significativo del consumo de esta droga en el país, alcanzando en la actualidad una prevalencia de consumo de “alguna vez en la vida” de un 35,5% (35). Este mismo fenómeno se observa en la población escolar, donde las cifras han aumentado progresivamente tanto en la prevalencia de consumo de marihuana de “alguna vez en la vida” (43,7%), “en el último año” (34,2%) como del consumo en el “último mes” (20,1%). Además, es importante destacar que el 49,3% señala haberla consumido por primera vez antes de los 15 años, siendo la edad de inicio de 14,5 años (36).

Finalmente, si se analiza el consumo de marihuana en adolescentes por tramo de edad, es posible dar cuenta que la prevalencia de consumo en el grupo de 12 a 18 años se mantiene estable, en un 12,6%, sin embargo, el grupo de jóvenes de 19 a 25 años se observó un aumento significativo llegando a un 33,8% en el año 2016 (35).

2.1.2 c. A nivel regional

Según el Décimo segundo estudio nacional de drogas, en la Región de Valparaíso, la prevalencia de consumo diario de tabaco se mantiene estable en un 22,1% ubicando a la región por sobre el promedio nacional (21,2%) y la prevalencia de consumo de tabaco del “último año” y “último mes” han alcanzado una prevalencia de 39,9 % y 24,7 % respectivamente (35). Asimismo, respecto al consumo en la población escolar, la prevalencia diaria de tabaco es de un 5,5% en el año 2015, ubicando a la región por debajo del promedio nacional (6,0%). Sin embargo, al analizar los resultados por cursos, se observa que los de niveles más bajos (octavos años), presentan una prevalencia de 1,7%, en contraste a los jóvenes que cursan cuarto medio, cuya prevalencia es de un 10,8%. (36).

Además, en relación con el uso de alcohol en la población general, la Región de Valparaíso muestra un aumento en la prevalencia del consumo de “alguna vez en la vida”, “último año” y “último mes”, alcanzando un 79,7%, 65,5% y 47,1% respectivamente. Estando esta última medida por sobre el promedio nacional que es de un 46% (34,35). En el caso de la población escolar, se evidencia en la región una relativa estabilización en las altas prevalencias de consumo de “alguna vez en la vida” con un 80,4% y del consumo “en el

último año” con un 63,4%, observándose un aumento en la prevalencia de consumo “en el último mes”, que actualmente es de un 37,1% (36).

Finalmente, en el caso del uso de marihuana, se reportan aumentos significativos para las tres medidas de prevalencia “alguna vez en la vida”, “en el último año” y en el “último mes”, alcanzando un 40,1%, 18,6% y un 12,5% respectivamente. Además, se destaca que la prevalencia de consumo por tramo de edad es significativamente más alta en el grupo de 12 a 34 años con un 29, 2% (34,35).

En concordancia con lo anterior, el uso de marihuana en la población escolar evidencia un incremento progresivo, alcanzando una prevalencia de consumo “alguna vez en la vida" de un 44,1%, y en el “último mes “de un 20,9%. Siendo significativamente más alto el consumo en el grupo de cursos mayores, con un 44,0%, en comparación con el grupo de octavos Básicos y primeros Medios que es de un 23,8% (36).

2.1.3 Consumo de sustancias adictivas y algunas características personales, psicosociales y propias del consumidor.

La revisión bibliográfica evidencia una serie de características personales, psicosociales y propias del consumidor que influyen en el desarrollo del consumo de sustancias adictivas en los adolescentes.

2.1.3 a. Consumo de sustancias adictivas y características personales:

- **Sexo**.

La evidencia muestra que la experiencia de consumo de drogas es más habitual en hombres (56,8 millones) que en mujeres (36,8 millones), agregando que los hombres tienen al menos dos veces más probabilidades de sufrir trastornos relacionados con el consumo de drogas, y de consumir sustancias ilícitas. Sin embargo, una vez que las mujeres inician el consumo de sustancias tienden a aumentar más rápidamente el consumo (12, 37, 38).

A nivel nacional los estudios revisados, reportan un mayor consumo de marihuana por parte de los hombres, aunque no se encontró una diferencia estadísticamente significativa con respecto al consumo en mujeres (35, 36). Contrario a lo reportado por un estudio español que relacionó significativamente el consumo al sexo. Lo anterior ocurre de la misma manera respecto al comportamiento de consumo de tabaco (13).

A diferencia de las drogas anteriormente señaladas. Si se analiza, el consumo de alcohol a nivel nacional es posible afirmar que existe una mayor prevalencia de consumo por parte de las mujeres. Siendo esta relación significativa. No obstante, un estudio con adolescentes en Brasil y España que muestra un consumo significativamente mayor en los hombres. (13,36,35,39)

Esta disparidad de consumo se puede atribuir en mayor medida a la oportunidad de los/as jóvenes según entorno social y a las características de los hombres que perciben que las leyes y normas de la comunidad con respecto al consumo son más favorables (30, 21).

- **Edad.**

Hallazgos de la literatura muestran que la edad puede ser un factor de riesgo para el consumo de drogas, en particular del alcohol, ya que a medida que la edad incrementa, los adolescentes tienen un mayor acceso a la venta de bebidas alcohólicas y otras drogas, lo que refleja que la adquisición del hábito se potencie después de los 17años de edad (40).

Asimismo, en el décimo primer estudio de drogas en la población escolar, el análisis por curso (nivel), muestra por tercer estudio consecutivo que los estudiantes de cuartos medios tienen una prevalencia más de tres veces mayor (53,6%) a la observada en los octavos Básicos (16,4%). Es decir, la prevalencia de consumo crece significativamente a medida que el estudiante avanza de nivel y por lo tanto en años (36). En concordancia con lo anterior un estudio español relaciona de manera estadísticamente significativa el consumo de tabaco y marihuana con mayor edad y policonsumo (15).

- **Rendimiento escolar**

Los estudios han demostrado que los bajos resultados escolares se relacionan con el consumo de sustancias adictivas y además predice el nivel y frecuencia de consumo. Como lo muestra un estudio realizado en España, México y Brasil, que relaciona significativamente el rendimiento escolar con el consumo de alcohol y marihuana (14,17,21,23,41).

Así también, el contexto social en que se desenvuelven los escolares constituye un importante factor de riesgo que puede promover el consumo de diferentes sustancias. De esta manera, aumenta las posibilidades de fracaso en el ámbito escolar lo que consecuentemente, afecta en el futuro del adolescente y limitan acceso a una mayor y mejor formación (21,15,42, 43).

Finalmente, la literatura señala que estudiantes que no han repetido ningún curso muestran tres veces más probabilidades de no consumir que aquellos que han repetido dos o más veces (4).

2.1.3 consumo de sustancias adictivas y características psicosociales

- **Trabajar además de estudiar**

Se encontraron escasos estudios que relacionan el trabajar además de estudiar con el consumo de sustancias adictivas. No obstante, la literatura reporta que habría una relación entre trabajar y la disponibilidad de dinero para acceder al consumo de sustancias adictivas. Debido al costo que implica, evidenciándose que los consumidores de sustancias adictivas disponen de un 2,7% más de dinero, factor relevante en el inicio del consumo de estas. (4). Lo anterior se refleja en un estudio argentino que evidencia una mayor prevalencia de consumo excesivo y regular de alcohol en jóvenes que trabajan que en aquellos que no trabajan (44). Por otro lado, a nivel nacional un estudio, reportó que existió una diferencia estadísticamente significativa entre el trabajo infantil y los adolescentes que usan recurrentemente alcohol, cigarro y marihuana (16).

- **Pertenencia a grupos comunitarios**

Se encontraron escasos estudios que relacionen el consumo de sustancia adictiva y la pertenencia a grupos comunitarios. Sin embargo, tanto un estudio mexicano como uno español muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre la participación e integración comunitaria y el consumo de drogas, lo que implica que el hecho de participar en actividades comunitarias y de sentirse integrado y participe de los recursos que en ella se encuentran, constituiría un factor protector en el consumo de sustancias adictivas. No obstante, el mismo estudio español relacionó de manera directa y significativa el incremento de oportunidades sociales en actividades comunitarias y el consumo de sustancias adictiva ilícitas (21,17, 45).

- **Redes de apoyo**

Diversos autores identifican a la familia como la principal red apoyo y contención emocional del adolescente al momento de enfrentar algún tipo de dificultad, seguido de los hermanos y amigos cercanos. Los estudios revelan que los adolescentes que en situaciones estresantes no autoperciben apoyo familiar tienden a refugiarse en el consumo de sustancias adictivas, en contraste con aquellos que lo perciben, que duplican sus probabilidades de no consumir ningún tipo de drogas (4). Es así como un estudio con adolescentes mexicanos y otro con españoles establecen que existe relación significativa entre la comunicación con los padres frente a situaciones complejas y el consumo drogas ilegales (13,17,46,47).

- **Tipo de familia**

La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes. Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que se hacen parte de ella. Es así como las investigaciones realizadas respecto de la estructura familiar señalan que el alejamiento o pérdida de una de las dos figuras parentales puede influir en la desestructuración familiar. Así, se constituye como un factor de riesgo para el consumo de

sustancias adictivas y es capaz de aumentar 3 veces el riesgo de consumo (13,23) o desarrollar algún tipo de enfermedad de salud mental durante la adolescencia (48, 49). Lo anterior, se reafirma en un estudio realizado en adolescentes peruanos, donde los autores refirieron que uno de los factores predictores en el inicio de consumo de sustancias adictivas, era la constitución familiar, pues se encontró que aquellos jóvenes que vivían solo con uno de los padres, tenían un 7% más de probabilidades de iniciarse en el consumo de drogas ilegales en comparación con aquellos que vivían con ambos padres y un 76% de probabilidades de consumo los que no vivían con ninguno de los dos progenitores (23).

De esta manera, la evidencia muestra que el tipo de familia nuclear tendría un efecto protector importante frente al consumo de alcohol y marihuana, a diferencia de los hijos que viven con los padres por separado o con otros adultos, como son los abuelos (36,46,50).

- **Malestar Psicológico autopercibido.**

Actualmente, algunos estudios revelan que existe una relación positiva entre el consumo de sustancias adictivas y la sintomatología depresiva, pudiendo esta última actuar como potenciadora o inhibidora del consumo (17).

En concordancia con lo anterior, un estudio realizado en Estados Unidos señala que los adolescentes que no usaban sustancias adictivas tenían menos síntomas depresivos y el afecto positivo más alto, en comparación con aquellos que informaron haber consumido marihuana y alcohol. Asimismo, dicha investigación reporta que los adolescentes que consumían ambas sustancias de manera conjunta tuvieron tasas de depresión más altas (19).

2.1.3 c. Consumo de sustancias adictivas y características propias del consumidor

- **Edad de inicio de consumo**

La evidencia señala que la edad de inicio en el consumo de drogas es uno de los principales predictores de trastornos de abuso, dependencia y policonsumo. observándose una

relación estadísticamente significativa entre edad de inicio y frecuencia de consumo, como lo muestra un estudio español y otro colombiano en adolescentes (19,21).

Además, otras investigaciones nacionales e internacionales reportan que no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres en la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas, siendo la edad promedio a nivel internacional entre los 12 y 13 años (4,14,51) y a nivel nacional entre los 13,7 años y 14,5 años. (1,36).

- **Motivación del consumo de sustancia adictiva.**

Dos estudios nacionales revisados revelan que una de las principales motivaciones relacionadas al consumo de sustancias adictivas en la adolescencia son, en primer lugar, la curiosidad y luego el placer, seguido por los llamados consumos recreativos, que están relacionados con la integración en el grupo de pares (52). Por otra parte, aquellos jóvenes que continúan con el consumo identifican otras motivaciones que se relacionan con la necesidad de escapar y/o aparentar sentimientos, para ocultar emociones de tristeza o de soledad. Es decir, los adolescentes que no encuentran en su vida personal o relacional, en sus actividades cotidianas o en sus reflexiones propias, los medios para relajarse o enfrentar los problemas, lo hacen mediante un producto químico que les aportaría los espacios y los recursos necesarios que no encontrarían en sus vidas a través de medios naturales. (4, 40,44,53) En concordancia con lo anterior, un estudio en adolescentes de Angola revela una relación significativa entre el consumo, la "presión social para el consumo" y el "efecto placentero del consumo de droga" (20).

- **Adquisición de la sustancia adictiva**

La percepción de fácil acceso es un indicador de tipo subjetivo que tiene relación con qué tan fácil o difícil es obtener una determinada droga, ya sea para comprarla o para conseguirla a través de amigos o conocidos. Es así como una droga que es percibida de fácil acceso generalmente posee un menor costo y se encuentra más disponible en el mercado, lo que conlleva un aumento en cuanto al riesgo de consumo en un 53,1 % (24, 21). En concordancia con lo anterior, un estudio español evidenció que el consumo de

alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas, se relacionan significativamente con la disponibilidad de estas (21). Asimismo, cabe destacar que el consumo de sustancias por parte de familiares en el hogar se asocia, por una parte, a una mayor disponibilidad y, por otra, a una disminución de la percepción de riesgo de los adolescentes frente al uso de drogas (34).

En relación al alcohol, al ser en nuestro país una droga legal la convierte en un producto disponible de fácil acceso, por los múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible y el escaso control de la venta a menores (4). Lo anterior se evidencia en el décimo primer estudio en escolares, que mostró que la facilidad de compra de alcohol fue de un 44,2% y que esta aumenta si el adolescente proviene de establecimientos particulares pagados y en la medida en que este avanza de curso (36). Cabe agregar que existen diferentes formas en que los adolescentes acceden al alcohol. El 23,4% de los estudiantes compran dicha sustancia de manera directa, un 20,7% a través de otras personas mayores de 18 años, y un 19.3% y 6.7% mediante familiares mayores y menores de edad respectivamente (24, 34).

Respecto de la marihuana en sectores tales como América y el Caribe, se ha demostrado una relación directa entre prevalencia de consumo y percepción de facilidad de acceso. Por consiguiente, en países donde el acceso a esta droga es percibido como fácil, se presentan niveles de consumo más altos. En relación a esto, la percepción de facilidad en el acceso por parte de los estudiantes en los países de esta región es muy variable, destacando que sobre un 20% de los estudiantes declara haber recibido alguna oferta de marihuana en el último año y sobre un 15% afirma que recibió algún tipo de oferta en el último mes (24). Este resultado coincide con el décimo primer estudio de drogas a nivel nacional en el cual un 26,2% de los adolescentes declara haber recibido oferta de marihuana durante el último año (35). Asimismo, un estudio realizado en Ecuador señala que el alto consumo de la marihuana se relaciona al hecho que los adultos le dan la droga a cambio de ayudar a venderla, especialmente afuera de los colegios (54).

En relación a la proporción de escolares a nivel nacional, que declaran haber recibido algún ofrecimiento de marihuana es de un 22,8% y el 48,5% de ellos refiere que le sería fácil acceder a ella (36). Entre las vías para acceder a esta sustancia, se encuentra en primer lugar las fiestas, discotecas y recitales (31,4%), seguido por adquisición en los alrededores de la casa (23,2%), y finalmente por vía internet (4%) porcentaje que aumentó significativamente en este último estudio. Respecto a la persona quien les ofrece marihuana, los resultados muestran que en el 20.1% es realizado por alguien que conoce, pero que no es un amigo y en el 9,1% por personas desconocidas (36).

Con respecto a la accesibilidad del tabaco los estudios internacionales en escolares señalan que más del 60% de los estudiantes de los países participantes respondieron que consideran de fácil acceso el consumo de tabaco a pesar de su edad por ser una droga lícita (11, 55).

Lo anterior se relaciona con un estudio nacional que evidencia que en la región de Valparaíso el 44,6 % de los adolescentes fumadores de cigarrillos lo adquirieron en tiendas, negocios, proveedores callejeros o en quioscos (55).

Finalmente, otro aspecto importante a destacar es que el consumo y tráfico de drogas en los alrededores del colegio muestra un aumento significativo respecto del último estudio en escolares a nivel nacional, es así como un 61,7 % declara haber visto personalmente a un alumno vendiendo o pasando drogas en los alrededores del colegio (36).

- **Contexto en que consume sustancia adictiva**

El contexto de consumo juvenil de drogas se encuentra relacionado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como discotecas, bares o pubs, y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. (4). Es así como mientras más días de la semana salgan los jóvenes con amigos, mayores son las probabilidades de consumir. De tal modo que los que salen un solo día tienen tres veces más probabilidades de no consumir que los que salen más de tres días (4,17). No se encontraron estudios que asocien el contexto con la magnitud del consumo, sin embargo, un estudio nacional señala que el lugar en que los estudiantes frecuentemente fuman es en fiestas o reuniones sociales con un 8,2%. Y otro

estudio en adolescentes brasileños revela que los amigos que llevan drogas y / o alcohol a las fiestas aumentaron hasta 5 veces el riesgo de usar sólo alcohol y sólo tabaco, 6,7 veces el riesgo de usar alcohol y tabaco y 15 veces el riesgo de usar drogas ilícitas. (23).

- **Consumo de sustancias adictivas de los pares.**

Los estudios señalan que, en cuanto a las prácticas de consumo de sustancias adictivas, la influencia de los amigos tiene un papel relevante (4). Lo anterior es confirmado por algunas investigaciones realizadas en España, Argentina y Chile, que revelan una relación estadísticamente significativa entre el uso de alcohol, tabaco y marihuana y el consumo de estas mismas por el grupo de pares (15,21,56). Asimismo, otro estudio nacional evidencia que existe también una relación estadísticamente significativa entre el consumo exploratorio y recurrente de alcohol, tabaco y marihuana y el consumo por parte de los compañeros de curso. Por otro lado, un estudio colombiano relaciona significativamente el consumo de sustancias con la conducta asertiva con los pares frente al consumo de sustancias, es decir el ser capaz de decir no a los amigos (23). Esto confirma, lo referido por diversos autores que señalan que el consumo de sustancias es un problema social, ya que los adolescentes que no tienen amigos consumidores multiplican por cinco veces sus probabilidades de no consumir drogas, respecto de los que tienen varios amigos consumidores (4,15,42,47).

- **Autopercepción de control de consumo de sustancias adictivas**.

Al revisar estudios no se encontró evidencia que relacione el consumo de sustancia adictiva y la autopercepción de control del consumo de sustancia. Sin embargo, la literatura muestra que los adolescentes en este periodo tienen déficit para considerar las consecuencias futuras debido a que aún se encuentra en desarrollo la corteza prefrontal, estructura que participa en la función ejecutiva y la capacidad de autorregulación, lo que implica que puedan desarrollar distintas conductas de riesgos (4). Por lo tanto, existiría relación entre adolescentes que presentan características de alta impulsividad y falta de control y el consumo de sustancias adictivas, intensificándose aún más esta relación cuando está en

juego su imagen (57). En concordancia con lo anterior, un estudio español relaciona significativamente el consumo de sustancias adictiva y el autocontrol insuficiente (22)

- **Autopercepción sobre el efecto de la sustancia adictiva.**

Los estudios refieren que el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes se relaciona significativamente de manera negativa con la percepción del nivel de peligrosidad de las sustancias para su salud, así como con la actitud hacia su consumo. (21,20,59). En relación a lo anterior, un estudio efectuado en México señala que la percepción de los adolescentes respecto de los efectos negativos del consumo del alcohol predispone en un 25% el consumo de tabaco. Aquello, se debe a que el tabaco es percibido como menos dañino que el alcohol. Además, este estudio señala que existe una correlación negativa entre la opinión de peligrosidad del alcohol y su frecuencia de uso (58,59). Por otro lado, en relación a las drogas ilícitas, un estudio español revela una percepción de riesgo bastante alta, ya que un 79% de los encuestados percibieron como peligroso o muy peligroso el consumo de marihuana (15).

A nivel nacional la percepción de riesgo respecto del consumo diario de tabaco en adolescente es de un 75,2 %. Asimismo, el 86,2% de la población adolescente percibe como un gran riesgo el consumo de cinco o más tragos de alcohol al día. Por otro lado, la percepción de riesgo en relación al consumo ocasional de marihuana (probar 1 o 2 veces) entre los adolescentes es de un 28,9 % y del consumo frecuente es de un 64,9%. Estos bajos porcentajes respecto de las percepciones de riesgo frente al consumo de marihuana, tiene relación con la creencia de que “probar marihuana no hace daño”, la cual se eleva a 57,7%, mientras que la idea de que “la marihuana tiene un bajo poder adictivo”, también aumentó significativamente alcanzando un 53,8% (34-36).

Por otra parte, a nivel regional la percepción de riesgo frente al uso frecuente de tabaco en los escolares alcanza a un 52,7%, encontrándose por sobre la percepción de riesgo nacional (51,5%). En el caso del alcohol, la percepción de riesgo de uso diario llega a un 61%, mientras que la percepción de riesgo de embriagarse con alcohol se mantiene estable con un 77,1%. Con respecto a lo anterior relevante destacar que algunos estudios señalan que

el límite del consumo referido por los adolescentes es: “embriagarse demasiado”, “no acordarse de lo que pasó”, “no valerse por sí mismo” o “estar física y psicológicamente inconsciente” (36, 53). Respecto de la marihuana, la percepción de riesgo para consumo frecuente es de un 20,8% y del uso experimental es solo un 11,4% (12).

Lamentablemente, la conciencia de riesgo asociada al consumo de la marihuana, tal como muestran las cifras, ha ido disminuyendo. Al mismo tiempo se ha ido incrementado el nivel de vulnerabilidad entre los escolares y estudiantes de instrucción superior, debido a que su uso ocasional es considerado como inocuo e indicativo de estar a tono con el mundo por la mayoría de los jóvenes, lo que sustenta la relación entre el alto consumo y la baja percepción de riesgo (60).

Lo anteriormente expuesto se ve reflejado en un estudio estadounidense que revela que la mayoría de los estudiantes de la escuela secundaria del grado 12, piensa que el fumar marihuana ocasionalmente no es peligroso, y solo 31.9% manifiesta que el uso regular pone al usuario en peligro, comparado al 78.6% en el año 1991 (61). Este aspecto cobra gran relevancia tomando en cuenta que existe evidencia que apoya la hipótesis de la marihuana como puerta de entrada a drogas más “duras”, y por otro lado la literatura señala que un adolescente que fuma o ha bebido alcohol aumenta 65 veces más la probabilidad de que pruebe la marihuana (1,21,62,57).

- **Actitud familiar frente al consumo de la sustancia adictiva**

Con respecto a la actitud de los padres frente al consumo de drogas, los estudios señalan que actitudes favorables relacionados al uso de sustancias adictivas son importantes predictores del inicio del consumo de alcohol y otras drogas. Como así también se relaciona con mayor tendencia de consumo (4,21,59). Es decir, el modelo paterno ejerce un papel decisivo en la conducta de consumo del adolescente, así como los hábitos y la actitud de los familiares y personas cercanas, que ejercen una fuerte influencia sobre el adolescente a la hora de establecer sus propias pautas de comportamiento (63,19).

En relación con lo anteriormente expuesto, destacar que el último estudio nacional en población escolar señala con respecto a la desaprobación parental frente al uso de marihuana y alcohol, que la proporción de estudiantes que declara que sus padres estarían extremadamente molestos, si bien aún es alta ha disminuido significativamente desde el año 2011. (1)

En concordancia con lo anterior, no se encontraron estudios que relacionen la actitud de los padres y el consumo de sustancia adictiva. Sin embargo, los resultados de un estudio con adolescentes en Nicaragua, con respecto a la actitud de la familia ante al consumo de substancias psicoactivas muestran que el 87% de los adolescentes relatan que su familia les prohíbe el consumo de alcohol y tabaco, el 8% presenta una actitud permisiva y el 5% indiferencia. En relación con el consumo de marihuana, cocaína, e inhalantes, el 83% de los familiares tiene un actitud de prohibición, 8% una actitud permisiva y un 9% presenta una actitud de indiferencia (64).

2.2 Marco teórico

2.2.1 Estrategias de salud relacionadas con el consumo de sustancias adictivas.

El trabajo de salud mental en el área de Atención por Consumo de Sustancias, quedó incluido en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría desde el año 2000 como una línea prioritaria de acción. Es asi que el Estado de Chile, decidió para esta población proveer servicios de salud mental gestionados desde el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, a través del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Convirtiendose posteriormente, el año 2011 en el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). En relación a esto para la atención de personas con problemas y trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, el Programa de Atención en Alcohol-Drogas considera oferta de intervenciones y tratamiento en los diferentes niveles de complejidad. Además, el Ministerio de Salud ha establecido 2 convenios de colaboración con SENDA y otros sectores del Estado. El primero de ellos (Convenio SENDA - MINSAL) con el propósito de implementar planes de tratamiento y rehabilitación en consumo perjudicial de drogas

en la Red Asistencial del Ministerio de Salud, y el segundo MINSAL, SENDA, SENAME y Gendarmería de Chile (GENCHI) para generar una oferta de tratamiento especializada para la atención de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por la Ley N°20.084, que presentan consumo problemático de sustancias. El año 2015, se establecieron convenios con 305 centros de tratamiento, 205 públicos y 100 privados. Para población adolescente, se establecieron convenios con 104 programas o centros de tratamiento, 23 públicos y 81 privados, lo que implicó instalar 28.472 meses de planes de tratamiento, de los cuales el 12,98% fueron ejecutados en la red pública. (65).

Por otra parte la estrategia de nacional de drogas, establece como uno de los objetivos estratégico la reducción de la demanda, a través de políticas definidas que sean integrales y multisectoriales. A través de la implementación de programas que incluyan distintos niveles de intervención (promoción, prevención, tratamiento e integración social y reinserción social) .Así, la promoción de factores protectores frente al consumo de drogas y contextos asociados, constituye una modalidad de intervención a desarrollar mediante programas y acciones que promuevan el uso saludable de espacios de recreación, ocio y tiempo libre. Por otra parte, la prevención integral está orientada a evitar, disminuir y/o interrumpir el consumo de drogas en familias, niños,adolescentes y jóvenes en diversos contextos a través de estrategias de prevención universal,selectiva e indicada. (66).

En concordancia con lo anterior la relevancia del control de salud integral del adolescente ,instancia relevante que ejecuta el profesional enfermero/a para pesquizar factores de riesgos como es el consumo de sustancias adictivas (1).

2.2.2 Consumo de sustancias adictivas y adolescencia

La adolescencia es la etapa de vida en la que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad (67). Esta etapa es un periodo durante el ciclo vital de la persona en el cual se presentan una serie de síntomas y características

que se manifiestan sistemáticamente a lo largo de esta etapa, como son; la búsqueda de sí mismo y de la propia identidad, tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y de fantasear, crisis religiosa, actitud social rebelde, separación progresiva de los padres y constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. Muchas de éstas características cambian al adolescente desde lo que típicamente se considera infantil hacia lo que típicamente se considera (68).

Asimimo, la Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, en la cual "se producen importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud, como es el consumo de drogas (69).

Con respecto a lo anterior el consumo de sustancia adictiva en los adolescentes no solo tiene un fundamento neurobiológico, sino que responde además a una problemática multifactorial, relacionada con las características del crecimiento y desarrollo propias de este grupo etario, la personalidad, habilidades sociales adquiridas, apoyo familiar y/o el ambiente donde se desarrollan, siendo una de las motivaciones ligadas al consumo de sustancias la curiosidad y luego el placer (4).

Biológicamente, el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual (67). Esto produce cambios corporales que afectan la altura, el peso, las secreciones hormonales y la distribución de los tejidos grasos y musculares en el adolescente. Cuando se inician los primeros cambios, se habla de fase puberal y cuando la mayoría de estos cambios terminan, la persona está en la fase pospuberal (68).

Por otro lado, entre los fundamentos fisiológicos que explican porque los jóvenes tienden a tomar este tipo de riesgos, se encuentra la madurez tardía de la corteza prefrontal, estructura cerebral determinante en la elaboración de juicios, planificación y toma de decisiones. Lo anterior es relevante, puesto que el riesgo a que el adolescente inicie el consumo drogas tiene implicancias muy significativas en las modificaciones que se pueden

generar en las conexiones cerebrales, aumentando así la respuesta del sistema nervioso central a otras sustancias adictivas y a la adicción en la etapa adulta (4, 70)

En el ámbito psicológico: el adolescente tiene una imagen inestable de sí mismo, no están contentos como son y se sienten por lo general poco valiosos, son impulsivos, primero actúan y luego piensan, tienen gran espíritu de oposición, se oponen a las propuestas de los padres, presentan labilidad emocional o cambios bruscos de humor, son egocéntricos, piensan que el mundo gira en torno a ellos, sienten que son únicos y no existe nadie capaz de comprender lo que les sucede, y puede aparecer entonces la necesidad de un amigo íntimo (67). Todo lo anterioirmnete señalado podría influenciar y predisponer el consumo de sustancia adictiva en el adolescente.

Por ultimo, desde el punto de vista social, lo mas importante que le ocurre al adolescente es la intensidad que adquiere la relación con su grupo de pares. Este grupo de pertenencia que usa un lenguaje, vestimeneta y adornos diferentes a los adultos, es fundamental para afirmar su imagen y para adquirir la seguridad social necesaria para el futuro (67). Que actuaria como factor de riesgo para el consumo de sustancias adictivas en adolescentes.

2.2.3. Tipos de consumo de sustancias adictivas

Es importante referir que el consumo de sustancias adictivas en los jóvenes está determinado por la frecuencia, patrones culturales y nocividad social, (71) considerándose como un proceso, que es recorrido gradualmente por el adolescente y que puede incluir el consumo de drogas experimental, habitual, ocasional, precoz, perjudicial y/o problemático.

- Consumo experimental

El consumo experimental es el más frecuente en los adolescentes y es el que se realiza en situaciones de contacto inicial, con una o varias sustancias, pudiendo existir abandono o continuidad en su uso (72).

Las motivaciones pueden ser varias: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo

prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido y disponibilidad de drogas, entre otras. Indicadores de este tipo de consumo suelen ser el desconocimiento que el individuo tiene de los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla. No hay hábito y, generalmente, no se compra la sustancia, sino se comparte. (72).

- Consumo habitual

Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a otras formas de consumo dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están intensificar las sensaciones de placer; pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores que denotan consumo habitual: La persona amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; Usa drogas tanto en grupo como solo; El usuario conoce sus efectos y los busca; Suele comprar la sustancia; Como no ha perdido el control sobre su conducta, la persona manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo. (72).

- Consumo ocasional

Es el uso intermitente de la/s sustancia/s, sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales están facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación y transgredir las normas, entre otras. Algunas características del consumo ocasional:

- El individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas;
- Conoce la acción de la/s droga/s en su organismo y por eso la/s consume. No hay hábito y, generalmente, no compra la sustancia; también la comparte (72).

- Consumo precoz

En general se refiere al consumo antes de los 18 años de edad, en donde los riesgos son mucho mayores, haciendo más probable el desarrollo del policonsumo (uso de más de una droga) y de la dependencia. Según los datos nacionales sobre consumo de drogas, en promedio, la edad de inicio en el uso de drogas ilícitas es alrededor de los 20 años, sin embargo, existe un porcentaje mínimo de la población que se inicia a los 15 años o antes. Este último grupo es el considerado de inicio precoz. (72).

- Consumo perjudicial

Según el CIE 10**,** es cuando la forma de uso de una sustancia psicoactiva está causando daño a la salud. El daño puede ser físico (hepatitis debido a la administración de sustancias psicotrópicas atravesando una o más capas de la piel o de las membranas mucosas (vía parenteral) o mental (trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol)

Por otra parte, el consumo problemático de droga se define como al consumo que empieza a tener consecuencias negativas en la salud y que causa efectos perjudiciales tanto en los aspectos de la vida de la persona como en otros aspectos relacionados con los individuos, las familias, los amigos y la sociedad (40,45,73). Según el CIE 10**,** el daño puede ser físico o mental. (72).

2.2.4.Dependencia y tolerancia en el consumo de sustancias adictivas.

Con respecto al concepto de dependencia a la droga, el estudio de escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013 – 2025, lo define como el consumo que puede catalogarse como habitual y compulsivo a pesar de sus efectos negativos a nivel social y sanitario (45,40). La dependencia puede afectar al organismo en general denominándose dependencia física o a actividades específicas del sistema nervioso central (cognitivas, conductas repetitivas, etc.) denominándose dependencia psíquica. Los dos tipos de dependencia tienen sustratos biológicos y son estrictamente hablando dependencias físicas. Suelen diferenciarse terminológicamente por la complejidad a la hora de describir un

síndrome de abstinencia psíquico. Este síndrome se denomina “craving” o deseo compulsivo, anhelo, etc. de droga (72).

2.2.4 a. Dependepcia según DMS V

Corresponde a un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses: (74).

- Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación.
  - El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. (74).
- Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. (74).
- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- **S**e continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados

por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

En relación a este concepto además, es importante mencionar que la motivación e incentivo son conceptos importantes en la dependencia de sustancias. Se ha demostrado que la vía dopaminérgica meso límbica esta´ muy implicada en los procesos motivacionales; esto significa que el cerebro concede especial importancia a los estímulos reconocidos como importantes para la supervivencia (8). A medida que la exposición se repite, la asociación se hace cada vez más fuerte y produce una respuesta conductual y neuroquímica cada vez mayor. Esto se conoce como sensibilización al incentivo, y consiste en el hecho de que las sustancias psicoactivas y los estímulos asociados a su consumo adquieren cada vez más importancia motivacional y conductual (8).

2.2.5 Sustancias Adictivas

Con respecto al concepto de sustancia adictiva la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como: "cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo. Asimismo, de acuerdo con la ley de drogas vigente en Chile, se define como sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas, a aquellas productoras de dependencia física o psíquica, capaces de provocar graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud (70).

En concordancia con lo anterior se denomina sustancia adictiva ilícitas según la OMS, a aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización está legalmente prohibida o que son usadas sin prescripción médica, entre la que se encuentra la marihuana (75). Por otra parte, se denomina sustancia adictiva lícitas a todas aquellas cuyo uso no está penalizado por la ley, como son el tabaco y el alcohol; También existe otro grupo de drogas, que pueden ser lícitas o ilícitas según el contexto de su uso, dentro de esta categoría se encuentran todos los fármacos que tienen efectos sicotrópicos, que, si bien son drogas lícitas, podrían constituirse en ilícitas cuando no se emplean con fines terapéuticos.

Asimismo, las sustancias legales de uso casero o industrial, cuando son utilizados para obtener efectos sicotrópicos, tal como son los solventes volátiles o inhalables (76).

2.2.5.a Sustancia adictiva licita

- **Tabaco**

Es una sustancia elaborada a partir de las hojas de la planta Nicotina Tabacum. Ésta se puede masticar o fumar, siendo esta última la forma de consumo más frecuente. Cada cigarro produce 250 cc de humo y contiene más de 4.000 sustancias químicas, entre las cuales destacan amoníaco, dióxido y monóxido de carbono, propano, metano, nicotina, arsénico, entre otras, con propiedades tóxicas, irritantes, mutágenos y carcinogénicas que van produciendo un efecto acumulativo que conduce a enfermedades. Algunas de ellas, las menos graves, se pueden presentar tempranamente; las más graves toman tiempo y se manifiestan después de 10 a 15 años de estar fumando (77), produciendo millones de muertes anuales a nivel mundial (78). De acuerdo al Ministerio de Salud de Argentina, cada vez que inhala, el fumador promedio consume entre 1 y 2 mg de nicotina por cigarrillo, la cual llega al cerebro en unos 10 segundos, contribuyendo así a su gran poder adictivo (79).

Esta droga se clasifica como estimulante del sistema nervioso central, ya que activa los receptores colinérgicos nicotínicos y aumenta la síntesis y liberación de dopamina (8). Entre los efectos a corto plazo producidos por el tabaco se encuentra la fatiga prematura, tos y expectoración, pérdida de apetito, cambio de coloración en dedos y dientes, halitosis, menor tolerancia al ejercicio y constipación. En cuanto a los efectos a largo plazo, el consumo de tabaco aumenta al doble el riesgo de padecer un evento cardíaco mortal, hasta tres veces el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otras enfermedades respiratorias e incrementa el riesgo de sufrir cáncer (80).

El abuso de esta sustancia genera tolerancia y dependencia debido a la rapidez del metabolismo de la nicotina, disminución de la concentración cerebral de ésta y cambios de

los receptores, produciéndose deseos de otro cigarrillo entre 30 a 40 minutos después de haber consumido el primero (8).

En cuanto al síndrome de abstinencia, se caracteriza por irritabilidad, ansiedad, disforia y aumento del apetito, las que alcanzan su grado máximo a las 24 horas luego de dejar de consumir (81).

- **Alcohol**

A modo de definición los alcoholes se constituyen de acuerdo con un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos de hidroxilo (-OH). El etanol es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas" (75).

La forma de consumo de alcohol más frecuente es a través de la vía oral, sin embargo, actualmente han surgido nuevas maneras de administración de la sustancia. La principal razón de esto se debe a la intención de la población adolescente de evitar el hálito alcohólico y así impedir la reprimenda de sus padres, además de lograr el efecto deseado en un corto periodo de tiempo debido a la alta vascularización y absorción inmediata del área de ingreso al organismo. De acuerdo a un artículo sobre las nuevas formas de consumir alcohol, entre las distintas vías de administración (diferentes a la oral) se encuentran las siguientes (82):

Vía ocular: También conocido como "eyeball a través de la mucosa ocular, mediante esta vía el efecto alcohólico es mínimo porque evita la circulación, esta práctica está documentada en varios videos en redes sociales, donde la curiosidad, las ganas de probar y la falta de preocupación son los denominadores comunes (83).

Vía aérea: Este consumo se realiza a través de la inhalación del alcohol mediante un dispositivo de nebulización, denominado, Oxy shot en la que se inhala alcohol con oxígeno en aerosol como si fuese un broncodilatador, consiguiendo una mayor absorción y una rápida acción, ya que evita el metabolismo hepático (83).

Vía endovenosa: Consiste en la administración de alcohol directamente en el torrente sanguíneo, el cual genera un efecto inmediato y de gran intensidad al no pasar por las barreras de absorción (83).

Vía vaginal/endorrectal: Popularmente cono la impregnación del tampón en vodka u otra bebida alcohólica, para luego ser introducido en la vagina o recto. Estas áreas son altamente irrigadas y por lo tanto la absorción de la sustancia se produce con mayor rapidez, provocando un efecto de embriaguez en forma casi inmediata (83).

El alcohol se clasifica como una droga depresora del sistema nervioso central, actuando como un sedante-hipnótico. Sus efectos dependen de la cantidad y tipo de alcohol ingerido, la rapidez con que se ingiere y la absorción de acuerdo al consumo previo de alimentos. Sin embargo, las consecuencias inmediatas en el sistema nervioso central dependerán mayoritariamente del grado de alcohol presente en la sangre, causando efectos que pueden variar desde euforia, excitabilidad emocional, alteración de los reflejos, pérdida de control y problemas de coordinación hasta una embriaguez profunda, abolición de los reflejos, perturbaciones psicosensoriales, inconsciencia, coma y muerte (84).

Adicionalmente a los efectos sobre el sistema nervioso central, existen consecuencias inmediatas en otros sistemas tales como: aumento de la frecuencia cardíaca, vasodilatación periférica, irritación del sistema gastrointestinal, mayor secreción de los jugos gástricos, aumento de la excreción de orina, excitabilidad sexual y disminución de la frecuencia respiratoria (75,85). En cuanto a los efectos a largo plazo, estos se deben principalmente al consumo prolongado de alcohol, siendo los de mayor importancia: gastritis por sus efectos irritativos sobre el estómago, pancreatitis aguda o crónica, efectos sobre el aparato reproductor afectando la producción de hormonas relacionadas con la síntesis de espermatozoides y óvulos, trastornos en el ritmo cardíaco e insuficiencia cardíaca y daños al hígado que pueden generar cirrosis y trastornos mentales como alteraciones en la memoria, aprendizaje, irritabilidad y concentración (85).

El consumo crónico de alcohol también puede generar diversos cuadros físicos y psicológicos que generan un daño permanente en los diferentes sistemas del organismo.

Entre ellos están delirium, delirium tremens, demencia alcohólica, alucinosis alcohólica, celotipia alcohólica y síndrome fetal alcohólico (75, 86,87).

2.2.5. b Sustancia adictiva Ilícita

- **Marihuana**

La marihuana es una combinación de color verde, café o gris de hojas, tallos, semillas y flores de la planta conocida como Cannabis Sativa. Puede adoptar diferentes nombres, entre los que se encuentran “marihuana”, “yerba”, “macoña”, “ganya”, “pito”, “cuete”, “caño”, “porro”, “huiro” (76).

La forma de consumo más frecuente es a través de cigarrillos y pipas especialmente diseñadas para ello, siendo a través de esta vía el efecto inmediato y de duración de una a tres horas aproximadamente. También es ingerida por vía oral en forma de alimentos como queques, galletas y bebidas, observándose un efecto de inicio tardío (media hora a una hora) que se prolonga hasta por cuatro horas (76, 88).

La marihuana es clasificada como droga alucinógena, ya que contiene delta-9-tetrahidrocanabinol (THC), compuesto químico que produce alteraciones en la función mental y cuyos efectos dependen de la concentración de éste en el pito o cigarrillo a consumir. La mayoría de la marihuana contiene 3% de THC, pero puede alcanzar hasta un 16% a 43% si contiene aceite de hachís (líquido resinoso y espeso destilado de la flor de la planta hembra) (88).

El THC tiene la capacidad de pasar rápidamente desde los pulmones hacia la sangre, distribuyéndose a todo el organismo, incluyendo el cerebro. Éste se adhiere a los receptores cannabinoides de las células nerviosas de ciertas zonas del cerebro, causando efectos en el placer, memoria, pensamiento, concentración, movimiento, coordinación y percepción sensorial y del tiempo. Los efectos del THC son similares a otras sustancias cannabinoides endógenas (anandamida, 2-araquidonil-glicerol, éter de 2-araquidonil-gliceril o noladina) que ayudan al control de funciones mentales y físicas del organismo. Las sustancias

endocannabinoides y el THC producen un efecto sinérgico, provocando una sobre estimulación de los procesos mentales ya mencionados. El THC se adhiere a los receptores de los ganglios basales y el cerebelo, dificultando la coordinación, equilibrio, postura y tiempo de reacción (89).

Los efectos son de rápida aparición y varían según la dosis, tipo de cannabis y estado anímico y físico del individuo que la consuma. Entre los efectos inmediatos se encuentran la sensación de bienestar, euforia, ganas de hablar y reír, sequedad de la boca y garganta, pérdida de concentración, enrojecimiento de los ojos, alteración de la percepción temporal y sensorial y pérdida de memoria a corto plazo. Posterior a ello, aparece una etapa de depresión y somnolencia. Si la dosis es elevada, puede causar confusión, letargo, ansiedad, alteración de la percepción e incluso estados de pánico y alucinaciones (90).

Dentro de los efectos a largo plazo, el más frecuente es el síndrome amotivacional, pero existen también otros a nivel del sistema respiratorio, ya que la inhalación y retención del humo de la marihuana en los pulmones hace que su efecto sea más nocivo, provocando sinusitis y bronquitis a repetición. Asimismo, se puede desarrollar una menor capacidad de difusión pulmonar y un flujo espiratorio forzado. Además, sus residuos contienen sustancias carcinógenas que pueden causar alteraciones celulares en el tejido pulmonar. También puede causar infertilidad en hombres y mujeres y provocar daño en el feto durante el embarazo y lactancia debido a que el THC atraviesa la barrera placentaria y mamaria (90).

2.2.6 Modelo de promoción de la salud de Nola Pender (MPS)

La organización mundial de la salud define promoción de la salud como una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individual mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación, todo esto con el fin que las personas tengan un mayor control de su propia salud (91)

Dentro de esta línea, en enfermería existen distintos modelos y teorías que enriquecen la disciplina, siendo uno de ellos el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender. Las bases de este modelo se asientan en el conocimiento de la teorista sobre el desarrollo humano, psicología experimental y de educación, permitiendo plantear un modelo de enfermería desde una perspectiva holística y biopsicosocial. Desde esa mirada el modelo permite comprender los comportamientos y factores humanos, analizar los estilos de vida, las fortalezas, debilidades y la capacidad de tomar decisiones que cada persona tiene respecto a su salud, guiando así el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud (92-97).

El MPS se sustenta en dos teorías: la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y el Modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. Por su parte, Bandura plantea la influencia de los procesos cognitivos y factores psicológicos en el cambio de conducta, postulando cuatro requisitos que la condicionan; la atención, la retención, la reproducción y la motivación. Por otro lado, Feather sostiene que la conducta es racional, estimando que el motor de los cambios conductuales es la intencionalidad, ya que la existencia de ésta facilita el logro de los objetivos. (96).

A partir de todos estos conceptos expuestos, Nola Pender desarrolla el Modelo de Promoción de la Salud, que considera 3 grandes componentes: Características y experiencias individuales, Cogniciones y afecto específicos de la conducta, y el Resultado conductual, los cuales se desglosan en variables o conceptos específicos (96,97).

El primer componente engloba la conducta relacionada previa y factores personales de tipo biológico, psicológicos y socioculturales. En relación a la *conducta relacionada previa*, el MPS la define como las experiencias anteriores o similares, que pueden tener efectos directos e indirectos, incidiendo en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud (95,97,98). A su vez, los factores personales categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, resultan predictivos respecto a ciertas conductas y se encuentran marcados por la naturaleza de la meta de esta conducta. Los *factores*

personales biológicos aluden a variables como edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), transición de la adolescencia a la adultez, estado de menopausia, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad y equilibrio, entre otros. Los *factores personales psicológicos* incluyen aspectos como autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud. Por último, los *factores personales socioculturales*, comprenden la etnia, aculturación, formación y estado socioeconómico (95).

Por su parte, el segundo componente contempla; beneficios percibidos por la acción, barreras percibidas a la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado con la actividad, influencias interpersonales (familia, parejas, cuidadores), normas, apoyo, modelos e influencias situacionales (opciones, características de la demandas y estéticas) (95,96).

Los *beneficios percibidos por la acción* se definen como los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud (95). Así mismo, las *barreras percibidas a la acción* son bloqueos anticipados, imaginados o reales y los costos personales de la adopción de una conducta determinada, es decir, los límites autoimpuestos debido a la percepción negativa de sí mismo, que impiden comprometerse con la acción, la modificación de esta y la conducta real (95,96). Se define a la *autoeficacia percibida* como el juicio de las competencias personales para ejecutar una conducta, o sea, en la medida que aumenta la percepción de la autoeficacia, hay mayor compromiso con la acción y la ejecución, lo que produce que los sujetos perciban menos barreras para modificar sus conductas en salud (96).

El *afecto relacionado con la actividad* se refiere a los pensamientos positivos o negativos hacia una conducta determinada, que producen sentimientos favorables o desfavorables respecto a la conducta, antes, durante y después de esta. Por su parte, las *influencias interpersonales* se entienden como el efecto propulsor que ejercen las personas significativas, como familia, pareja y cuidadores de la salud, en la adopción de conductas de promoción de la salud, ya que contribuyen a modelar la conducta, esperando que se produzca y ofreciendo apoyo para permitirla, lo que puede aumentar o disminuir el

compromiso para adoptar una conducta promotora de salud. Las *influencias situacionales* son descritas como las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado, pudiendo aumentar o disminuir el compromiso con la conducta de salud (95,96).

Por último, el tercer componente se constituye por las *demandas (bajo control)* y *preferencias (alto control) contrapuestas inmediatas*. Estas demandas son definidas como conductas alternativas, mediante las cuales los sujetos tienen un bajo control debido a que existen elementos contingentes del entorno, como el trabajo o la responsabilidad que implica el cuidado de la familia. Las preferencias personales son conductas alternativas, que facilitan que los individuos posean un control relativamente alto sobre las acciones para la modificación de la conducta (95).

Los elementos anteriormente señalados confluyen en el *compromiso con un plan de acción*, que es la intención de cada persona que permite proyectar diferentes conductas en salud y generar estrategias específicas para las acciones (94,95,97).

En el ámbito de la Enfermería, tales componentes permiten efectuar una valoración, observando las fortalezas y debilidades, que permiten formular un diagnóstico y su consecuente plan de acción, que culmina con el compromiso y la *conducta promotora de salud*, lo cual facilita el bienestar, cumplimiento personal y la vida productiva (96).

En el presente estudio, de acuerdo a la base de datos se incluyeron algunos elementos de los dos primeros componentes del MPS. Esto permitirá desarrollar un plan de cuidados con el objetivo de establecer conductas que promuevan la disminucion o eliminación del consumo de sustancias adictivas en los adolescentes.

Respecto a las Características y experiencias individuales, este estudio considera; en los factores personales de tipo biológico, la edad y sexo; en los factores psicológicos el

malestar psicológico autopercibido; en los factores socioculturales, pertenencia a grupos comunitarios, redes de apoyo, tipo de familia y rendimiento escolar.

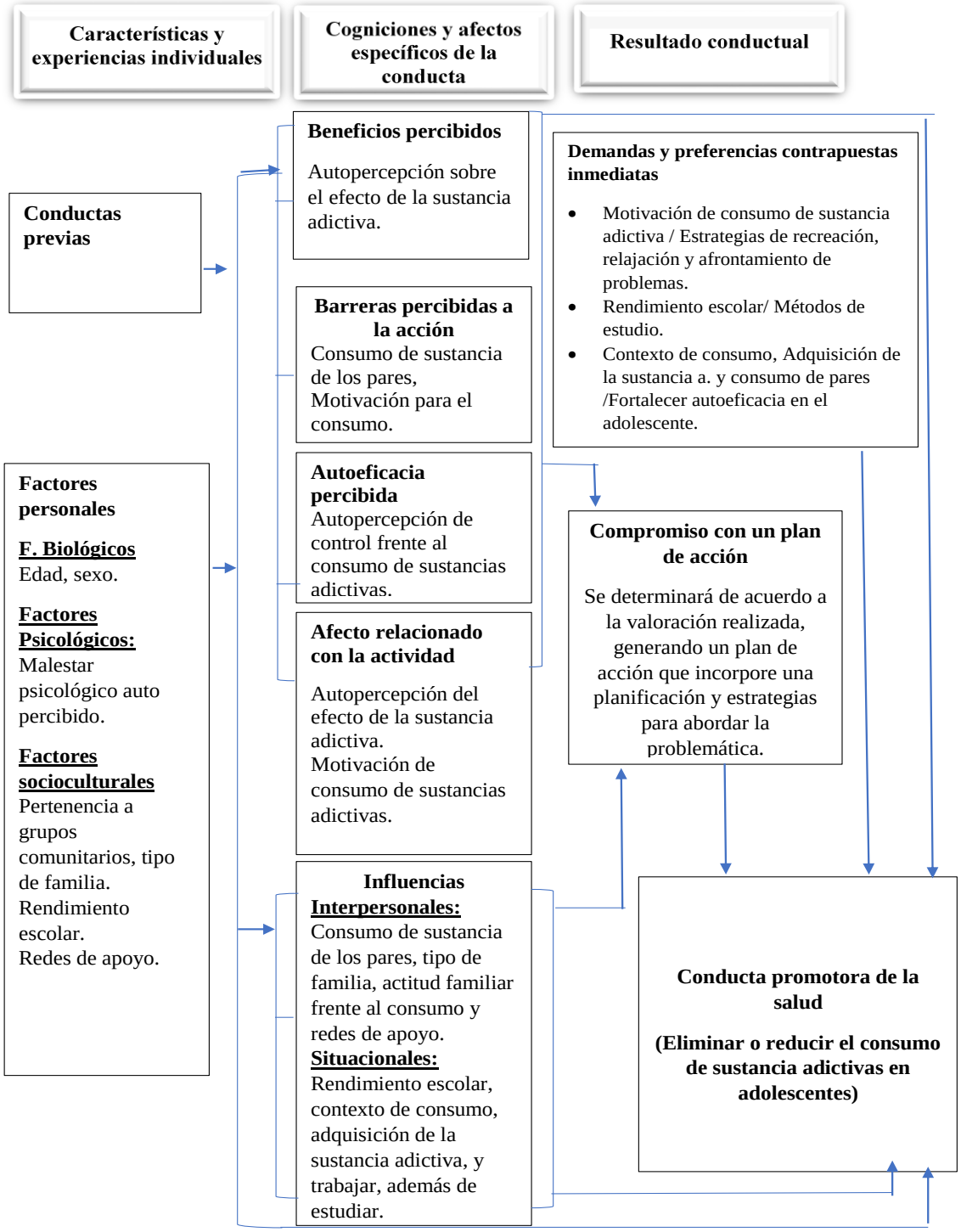
En relación al componente “Cogniciones y afectos específicos de la conducta”, esta investigación aborda en los beneficios percibidos, la autopercepción sobre el efecto de la sustancia adictiva; en las barreras percibidas, incluye el consumo de pares y la motivación de consumo; en la autoeficacia percibida, incluye autopercepción de control de consumo de sustancias; en el afecto relacionado con la actividad, se incorpora, la autopercepción sobre el efecto de la sustancia adictiva y la motivación del consumo de sustancias adictivas; en las influencias interpersonales, destaca el consumo de sustancias por pares, tipo de familia, actitud familiar frente al consumo y redes de apoyo y en las influencias situacionales, se aborda el rendimiento escolar, contexto de consumo de sustancias adictivas, adquisición de la sustancias adictivas, y trabajar , además de estudiar.

En cuanto a las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas se establece como conducta alternativa para la motivación de consumo de sustancia adictiva, las estrategias de recreación, relajación y afrontamiento de problemas. Para el rendimiento académico, los métodos de estudios y para el contexto de consumo, la adquisición de sustancias y consumo de pares, se propone fortalecer la autoeficacia en el adolescente.

Finalmente, el compromiso con un plan de acción se determinara de acuerdo a la valoración realizada, generando un plan de acción que incorpore una planificación y estrategias para abordar la problemática. Con el objetivo de lograr una conducta promotora de salud, es decir eliminar o reducir el consumo de sustancia adictiva por parte del adolescente.

Lo anteriormente señalado fue integrados en el siguiente esquema en el cual se aplica el Modelo de Promoción de la salud al consumo de sustancias adictiva (Fig.1).

Figura 1: Diagrama del Modelo de salud de Nola Pender (MPS) aplicado al consumo de sustancias adictivas.



2.2.7 Definición y operacionalización de variables

Variable principal consumo de sustancias adictivas	
Tipo de sustancia adictiva: se refiere al consumo personal de tabaco, alcohol, marihuana en los últimos 30 días.	Esta variable se midió mediante la pregunta con respecto a que sustancia había consumido en los últimos 30 días. Para ello el encuestado tuvo que responder con una X, una o más de las 4 opciones de respuesta: Tabaco alcohol, marihuana, ninguna.
Magnitud del consumo de sustancia adictiva: se refiere al número de días y cantidad de consumo personal de tabaco, alcohol y marihuana en los últimos 30 días	Esta variable se midió mediante las preguntas número de días que había consumido tabaco, alcohol y marihuana en los últimos 30 días. Para ello el encuestado tuvo que registrar el número de días de consumo y a través de una segunda pregunta tuvo que señalar la cantidad que consumió normalmente cada vez. Para ello el encuestado tuvo que registrar: la cantidad de cigarros, tragos y/o pitos o piteadas que consume normalmente.

Variable características personales	
Sexo: características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Esta variable se midió mediante la pregunta sexo. Para ello el encuestado tuvo que responder con una X una de las 2 opciones de respuesta: hombre o mujer

Edad: años cumplidos a la fecha de encuesta.	Esta variable se midió mediante la pregunta años cumplidos. Para ello el encuestado tuvo que registrar la edad en años cumplido desde la fecha de nacimiento a la fecha de aplicación del instrumento.
Rendimiento Escolar: medida de evaluación del desempeño del estudiante expresado a través del promedio de notas obtenido el semestre anterior y antecedentes de repitencia de curso.	Esta variable se midió mediante las preguntas promedio de notas, para ello el encuestado tuvo que registrar el promedio de notas obtenido el semestre anterior a la aplicación del instrumento, y a través de una segunda pregunta si había repetido de curso. Para lo cual el encuestado tuvo que responder con una X una de las 2 opciones de respuesta: SI y NO. Si la respuesta fue SI, el encuestado tuvo que registrar el o los cursos que había repetido.

Variable características psicosociales	
Trabajar además de estudiar: Desarrollo de alguna actividad remunerada durante una cantidad de hora a la semana.	Esta variable se midió mediante la pregunta si actualmente trabajaba además de estudiar. Para ello el encuestado tuvo que responder con una X una de las 2 opciones de respuesta: SI o NO. En caso de indicar que sí, tuvo que registrar la cantidad de horas semanales.

Pertenencia a grupos comunitarios: ser parte de un grupo de personas que comparte intereses en común en un espacio y tiempo determinado.	Esta variable se midió mediante la pregunta si participa en grupos comunitarios. Para ello el encuestado tuvo que responder con una X una o más de las 5 opciones de respuesta: religioso. Scout, Centro juvenil, club deportivo, otros (especifique)
Redes de apoyo: Corresponde a los familiares, amigos pareja u otras personas que recurren frente a un problema.	Esta variable se midió mediante la pregunta, si tiene problemas a quien recurre con más frecuencia. Para ello el encuestado tuvo que responder con una X una o más de las 5 opciones de respuesta: familia, amistades, pareja, ninguna, otros.
Tipo de familia: se refiere a los integrantes que componen el grupo familiar que viven bajo un mismo techo.	Esta variable se midió mediante la pregunta quienes viven en el hogar. Para ello el encuestado tuvo que responder con una X, la o las opciones de respuesta: Madre, padre, hermanos, abuelos, otros (especificar)
Malestar Psicológico autopercibido: Se entiende por Malestar Psicológico el nivel de stress percibido, desmoralización, disconfort y desasosiego; este concepto permite tener información sobre la autopercepción de sentimientos, pensamientos y comportamientos.	Esta variable se midió a través de la aplicación del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12), que consiste en un test de s*creening* auto administrado en su versión de 12 ítems, es un cuestionario que permite evaluar el grado de malestar psicológico autopercibido. El cuestionario consta de doce preguntas con 4 alternativas de respuesta en escala de Lickert (mejor que lo habitual, igual que lo habitual,

Se dice que, dependiendo del nivel de Malestar Psicológico autopercibido, éste podría, eventualmente, constituirse en un problema de salud mental. Las situaciones críticas se expresan en los sujetos en vulnerabilidad psíquica, que se manifiesta a través de diversas sintomatologías: alteraciones del sueño, afecciones psicosomáticas, sentimientos de miedo y temor, desesperación y adicciones. (86)	menos que lo habitual y mucho menos que lo habitual). La calificación de las puntuaciones consiste en asignar cero puntos a las dos primeras respuestas y un punto a las dos últimas. De esta manera, el encuestado es capaz de obtener un puntaje de cero a doce puntos. Para este estudio los estudiantes que tuvieron un puntaje ≥ 5 en el test, se clasificaron con malestar psicológico autopercibido, susceptible a problema de salud mental.

Variables características propias del consumidor	
Edad de inicio del consumo de sustancia adictiva: Años de vida cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta la fecha en que consume por primera vez tabaco, alcohol y marihuana.	Esta variable se midió mediante la pregunta edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Para ello el encuestado tuvo que registrar los años cumplidos cuando consumió por primera vez la sustancia adictiva.
Motivación del consumo de sustancia adictiva: situación que anima al adolescente a consumir tabaco, alcohol, y marihuana.	Esta variable se midió mediante la pregunta con respecto al motivo más importante por el que consume cada una de las sustancias, para ello el encuestado tuvo que responder con una X, una de las 7 opciones de respuesta: Para que me acepten mis amigos, para experimentar, para

	pasarlo bien, para olvidarme de los problemas, para relajarme, porque todos mis amigos lo hacen y otros, en la cual debió especificar la motivación.
Adquisición de la sustancia adictiva: forma de obtención de la sustancia consumida en la mayoría de las veces.	Esta variable se midió por medio de la aplicación de una pregunta del cuestionario donde el encuestado tuvo que responder con una X, una de las 4 opciones de respuesta con respecto a la adquisición de la sustancia de consumo la mayoría de las veces: Me la regalan o me invitan familiares, me la regalan o invitan mis amigos, la compro yo, la compra alguien por mí.
Contexto en que consume la sustancia adictiva: persona con la cual consume tabaco, alcohol, y marihuana de forma frecuente.	Esta variable se midió mediante la pregunta con respecto con quien consume la sustancia la mayoría de las veces. Para ello el encuestado tuvo que responder con una X, una de las 4 opciones de respuesta: Con mis amigos, con familiares, solo u otros, en la cual tuvo que especificar el contexto en que consume
Consumo de sustancia adictiva de los pares	Esta variable se midió mediante la pregunta que sustancia consumen tus amigos. Para ello el encuestado tuvo que responder con una X una de las 4 opciones de respuesta: Tabaco alcohol, marihuana, ninguna.
Autopercepción de control de consumo de la sustancia adictiva:	Esta variable se midió mediante la pregunta si cree que puede dejar de consumir la sustancia.

percepción del adolescente con respecto a la capacidad de dejar de consumir tabaco, alcohol, y marihuana.	Para ello el encuestado tuvo que responder con una X, una de las 3 opciones de respuesta: Si, puedo dejarla cuando yo quiera; no, no la puedo dejar de consumir y creo que puedo dejarla, pero no quiero.
Autopercepción sobre el efecto de la sustancia adictiva: Percepción del estudiante respecto a las consecuencias que puede tener en su organismo el consumo del tabaco, alcohol y marihuana.	Esta variable se midió mediante la pregunta qué opina sobre el consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Para ello el encuestado tuvo que responder con una X: me es indiferente, creo que es dañina, creo que no es dañina con respecto a cada sustancia nociva.
Actitud familiar frente al consumo de sustancia adictiva: respuesta de los cuidadores frente al consumo de tabaco, alcohol y marihuana.	Esta variable se midió mediante la pregunta en cuanto a la opinión de los cuidadores acerca del consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Para ello el encuestado tuvo que responder con una X, una de las 4 opciones de respuesta: Reprueban el consumo, aprueban el consumo, incentivan el consumo, le es indiferente el consumo de tabaco, alcohol y marihuana.

CAPITULO 3:

MATERIAL Y METODO

CAPITULO 3: MATERIAL Y METODO

Esta investigación se realizó a partir de la base de datos de la tesis "Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten colegios municipalizados de la comuna de Valparaíso" (98).El cual fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. (Anexo1).Y cuya autora principal, fue la profesora Lucy Armstrong. Realizado en su primera etapa de manera cuantitativo – descriptivo por estudiantes de pregrado abordándose cuatro variables, que son: consumo de sustancias adictivas, conductas sexuales, malestar psicológico y características personales y familiares, y que para este estudio se utilizó la base de datos de las variables, consumo de sustancias adictivas, malestar psicológico y características personales y familiares, reagrupándose estas en: Características personales, características psicosociales y características propias del consumidor

3.1. Diseño del estudio

Se planteó un estudio de tipo descriptivo correlacional

3.2 Muestra del estudio:

La muestra en estudio correspondió a la base de los datos obtenidos de los reportes entregados por los estudiantes con edades que fluctúan entre los 15 y 19 años que participaron en la tesis anteriormente mencionada.

3.3 Instrumentos de recolección de datos:

La base de datos se obtuvo de los siguientes instrumentos utilizados en la tesis "Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten colegios municipalizados de la comuna de Valparaíso" (98).:

Cuestionario de características familiares y personales

Fue un instrumento elaborado por las propias autoras del estudio y según bibliografía revisada. Incluyó 12 preguntas cerradas, sobre aspectos generales de los adolescentes y sus familias tales como: edad, sexo, nivel de escolaridad, rendimiento escolar, trabajar además de estudiar, pertenencia grupos comunitarios, redes de apoyo y tipo de familia.

Este instrumento tuvo un alfa de Cronbach de 0.83 por lo tanto, se concluyó que el instrumento es de calidad, y realmente midió lo que deseaba medir en los estudiantes que participaron en el estudio.

Cuestionario de características del consumo de sustancias adictivas

Correspondió a un cuestionario formado por dos tablas que contenían preguntas de tipo cerradas sobre las características de consumo de tabaco, alcohol y marihuana. La primera tabla recogió información sobre tipo de sustancia adictiva consumida en los últimos 30 días, consumo de sustancia adictiva de los pares, autopercepción del efecto de la sustancia adictiva y actitud familiar frente al consumo de sustancia adictiva. La segunda tabla recolectó información sobre la magnitud del consumo de los últimos 30 días y aportó datos sobre la edad de inicio, adquisición, motivación del consumo, contexto en que consume la sustancia adictiva y autopercepción de control del consumo. Este instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de 0.91.

Cuestionario General de salud de Goldberg (GHQ-12)

Para evaluar el malestar psicológico autopercibido se utilizó el GHQ en su versión 12 ítems, cuyo punto de corte para clasificar “posibles casos” de malestar psicológico fue de ≥ 5.

Este instrumento fue validado en Chile por Araya, Wynn y Lewis (1992) y los coeficientes de confiabilidad alfa de Crombach oscilan entre 0.82 y 0.95 y los coeficientes de especificidad y sensibilidad en la detección de “probables casos”, reportados en Chile por Araya et.al. (1996) son de 73% y 76%, respectivamente.

3.4 Procesamiento y análisis de datos:

Para este estudio se realizó el análisis estadístico utilizando los softwares IBM SPSS Statistics versión 20 y R Project versión 3.4.2. y se consideró un valor de significación menor o igual a 0,05.

En primera instancia para obtener la caracterización de la muestra se realizó un análisis descriptivo para cada una de la variables personales y psicosociales, donde se utilizó las tablas de frecuencia y medidas de tendencia central (media y rango) y como medida de dispersión la desviación estándar.

Con el fin de determinar la relación que existió entre el consumo de sustancias adictivas (tipo y magnitud) y algunas características personales, se utilizó para las variables sexo el coeficiente de contingencia para tipo de sustancia adictiva y el test no paramétrico de U de Wilcoxon, Mann Whitney para la magnitud de consumo. Asimismo, se empleó para la variable rendimiento escolar el coeficiente de contingencia y el test no paramétrico de U de Wilcoxon, Mann Whitney para el tipo de sustancia y magnitud de consumo de sustancia adictiva respectivamente y Para la variable edad se aplicó el coeficiente de correlacion de spearman tanto para el tipo de sustancia adictiva, como para la magnitud de consumo de sustancias adictivas.

Por otro lado, para determinar la relación de consumo de sustancias adictivas y las características psicosociales fueron utilizados para las variables; trabajar además de estudiar, el coeficiente de contingencia y el test estadístico no paramétrico U de Wilcoxon, Mann- Whitney (para tipo de sustancia y magnitud de consumo de sustancia adictiva respectivamente). Para las variables pertenencia a grupos comunitarios y redes de apoyo se empleó el Coeficiente de correlación de tau – b de Kendall y el coeficiente de correlación de spearman (para tipo de sustancia y magnitud de consumo de sustancia adictiva respectivamente). Para el tipo de familia el coeficiente de contingencia y test estadístico no paramétrico de Kruskall Wallis (para tipo de sustancia y magnitud de consumo de sustancia adictiva respectivamente) y para la variable malestar psicológico autopercibido se utilizó coeficiente de correlación de spearman tanto para tipo de sustancia

como para magnitud de consumo de sustancia adictiva.

Finalmente, para analizar si existió relación entre el consumo de sustancia adictiva y las características propias del consumidor, se aplicó para la variable edad de inicio, el coeficiente de correlación de Sperman, ya que la distribución de la variable principal no fue normal, y para las variables adquisición de sustancias adictivas, motivación del consumo, contexto en que consume, autopercepción de control de consumo, autopercepción sobre el efecto de la sustancia adictiva, actitud familiar frente al consumo, fue utilizado el coeficiente de contingencia y test estadístico no paramétrico de Kruskall Wallis, que permite comparar diferencias significativas, no pudiéndose utilizar coeficiente de correlación de Spearman, tau-b de Kendall y coeficiente de contingencia, debido a que existen categorías de respuesta con distinta cantidad de datos. Por último, para la variable consumo de sustancia adictiva de los pares, fue utilizado el coeficiente de correlación de tau – b de Kendall y el coeficiente de correlación de spearman.

3.5 Consideraciones éticas:

Los instrumentos respondidos correspondiente al estudio "Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten colegios municipalizados de la comuna de Valparaíso" (98) han sido guardados y mantenidos durante todo este período en un mueble con llave en la oficina de la investigadora principal, profesora Lucy Armstrong Barea. Igualmente, la base de datos correspondiente al estudio se ha mantenido en el computador de uso personal de la investigadora principal, quien autorizó a la candidata a magister en enfermería a hacer uso de ella (Anexo 2), con el fin de desarrollar el estudio "Consumo de sustancia adictiva y su relación con algunas características personales, psicosociales y propias del consumidor". El que fue aprobado y autorizado a hacer uso de la base de datos por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso (Anexo3).

CAPITULO 4:

ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAPITULO 4: ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se presentan primeramente los resultados del perfil de la muestra y posteriormente de acuerdo a los objetivos, se describe el consumo de sustancia adictivas, luego la relación entre estas variables y algunas características personales, psicosociales y propias del consumidor.

4.1 Caracterización de la muestra

La muestra se caracterizó por un 60% de mujeres y un 40% de hombres. El promedio de edad fue 16.41 años (DS= 0,99 y un rango entre 15 y 19 años).

En relación al rendimiento académico, el promedio de notas obtenido por los estudiantes fue un 5.5 (DS= 4.96 y un rango entre 4,2 y 6,7) y el 67.8% declara no haber repetido nunca de curso. El 14,6% de los participantes manifiesta trabajar, además de estudiar y el 42,4% reporta pertenecer a grupos comunitarios y de ellos el 44% lo hace en clubes deportivos.

El 52,2% de los participantes reporta que frente a un problema, recurre como red de apoyo a sus amistades y el 45,7% a su familia. Además, 39 estudiantes (13,3%) refieren no contar con red de apoyo cuando presentan problemas.

El mayor porcentaje de estudiantes pertenece a una familia nuclear biparental (45,7%), seguida de la familia nuclear monoparental (25.2 %) y luego por los tipos de familia extendida biparental y monoparental con un 13,9 y 10,5 % respectivamente.

El 25.8% de los participantes (75) se perciben con un nivel de síntomas de malestar psicológico sugerente de un probable problema de salud mental (puntuación GHQ ≥ 5), y el 74.1% presenta un bajo nivel de síntomas de malestar psicológico (puntuación GHQ < 5).

4.2 Consumo de sustancias adictivas

A continuación, se presentan los resultados respecto a las características de consumo de sustancias adictivas de los participantes, en cuanto a consumo de sustancia adictiva, tipo de sustancia consumida y magnitud de consumo, la que incluye los días y cantidad de consumo de los estudiantes en los últimos 30 días. De esta manera se responde al primer objetivo del estudio, que es identificar las características de consumo de sustancias adictivas.

Tabla 1. Consumo de sustancias adictiva en los últimos 30 días de los participantes del estudio

Consumo de sustancia adictiva	Frecuencia N°	Porcentaje (%)
Si	179	60,7
No	116	39,3
Total	295	100

La tabla 1 reporta que el 60,7% de los estudiantes del estudio ha consumido alguna sustancia adictiva en los últimos 30 días.

Tabla 2: Tipo de sustancias adictivas consumida en los últimos 30 días por los participantes del estudio

Tipo de sustancia adictiva consumida	Si		No		No responde		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tabaco	126	43,0	167	56,9	2	0,7	295	100
Alcohol	131	44,7	162	55,2	2	0,7	295	100
Marihuana	101	34,4	192	65,5	2	0,7	295	100

En la tabla 2 se observa que el tipo de sustancia de mayor consumo en los últimos 30 días fue el alcohol con un 44,7%, seguido por el consumo del tabaco (43%) y en último lugar la marihuana (34,4%).

Tabla 3: Magnitud de consumo de sustancias adictivas en los últimos 30 días de los participantes del estudio

Magnitud de consumo	Media	Mínimo	Máximo	Desv. estándar
N° días de consumo Tabaco	13,1	1	30	10,90
N° días de consumo Alcohol	4,9	1	30	4,78
N° días de consumo Marihuana	7,4	1	30	8,37
N° cigarros	5,2	1	40	5,84
N° tragos de alcohol	4,4	1	20	3,66
N° pitos de marihuana	2,4	1	10	1,89

La tabla 3 muestra que la sustancia más consumida por los estudiantes en días y cantidad es el tabaco con un promedio de 13,1 días y 5,2 cigarrillos en los últimos 30 días, seguido por el consumo en días de marihuana (7.4) y en cantidad por el número de tragos de alcohol (4.4).

4.3 Consumo de sustancias adictivas y algunas Características personales

Se presentarán los resultados obtenidos de la relación existente entre el consumo de sustancias adictivas y algunas características personales como son la edad, sexo y repitencia de curso, respondiendo así al segundo objetivo de la investigación.

Tabla 4: Relación entre tipo de sustancias adictiva y algunas Características personales

Variables	Estadístico de prueba	Valor p
Edad *	0,11	**0,03**
Sexo **	0,15	0,13
Rendimiento escolar**	0,20	0,12

***** Spearman ** Coeficiente de contingencia

La tabla 4 reporta que solo la edad presenta una relación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias adictivas, mostrando una correlación directa y débil.

Tabla 5: Relación entre magnitud de consumo de sustancias adictivas y algunas Características personales

Variable	Días de consumo		Cantidad	
	Estadístico	Valor p	Estadístico	Valor p
Edad*	0,42	**0,038**	0,12	**0,02**
Sexo **	F 153,38 M 139,93	0,166	F 155,18 M 137,23	0,065
Rendimiento escolar **	Si 167,85 No 137,94	**0,003**	Si 168,16 No 137,79	**0,003**

* Spearman ** Test U de Wilcoxon, Mann – Whitney

La tabla 5 muestra que existe una relación estadísticamente significativa positiva entre consumo de sustancia adictiva y edad, siendo la correlación directa y moderada para días de consumo y directa y baja para cantidad de consumo. Asimismo, revela que los estudiantes que repitieron de curso presentan más días y cantidad de consumo en comparación con los que no repitieron, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

4.4 Consumo de sustancias adictivas y algunas Características psicosociales.

Seguidamente, se presentarán los resultados que relacionan el consumo de sustancias adictivas y algunas características psicosociales, tales como, trabajar además de estudiar, pertenencia a grupos comunitarios, tipos de redes de apoyo, tipos de familia y malestar psicológico autopercibido, dando respuesta al tercer objetivo del estudio.

Tabla 6: Relación entre tipo de sustancias adictiva y Características psicosociales

Variables	Estadístico de prueba	Valor p
Trabaja además de estudiar **	0,16	0,47
Grupo comunitario ***	-0,02	0,67
Red de apoyo ***	0,08	0,10
Tipo de familia **	0,29	0,50
Malestar psicológico autopercibido*	-0,022	0,642

***** Spearman ** Coeficiente de contingencia *** Tau – B de Kendal

La tabla 6 reporta que ninguna de las características psicosociales tiene una relación estadísticamente significativa con el tipo de sustancia adictiva consumida.

Tabla 7: Relación entre magnitud de consumo de sustancias adictivas y Características psicosociales.

Variable	Días de consumo		Cantidad	
	Estadístico	Valor p	Estadístico	Valor p
Trabaja además de estudiar**	Si 168,89 No 139,73	**0,028**	Si 181,14 No137,63	**0,001**
Grupo comunitario *	-0,018	0,767	-0,01	0,53
Red de apoyo *	0,107	0,065	0,107	0,12
Tipo de familia***		0,415		0,117
Malestar psicológico autopercibido*	-0,19	0,747	-0,19	0,54

* Spearman ** Test U de Wilcoxon, Mann – Whitney *** Test Kruskal Wallis

La tabla 7 muestra que los estudiantes que trabajan, además de estudiar, presentan una magnitud mayor de consumo de sustancias adictivas en comparación con aquellos que no lo realizan, existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables.

4.5 Cuarto objetivo: Relación entre tipo de sustancia adictiva y características propias del consumidor.

Finalmente, se presentarán los resultados que relacionan el consumo de sustancias adictivas y algunas características propias del consumidor, tales como, edad de inicio, adquisición de sustancias, motivación del consumo, contexto en que consume la sustancia adictiva, autopercepción del control de consumo, autopercepción sobre el efecto de la sustancia adictiva, actitud familiar frente al consumo y el consumo de pares.

Tabla 8: Relación entre el tipo de sustancia adictiva y características propias del consumidor.

Variables	Estadístico	Valor p
Adquisición tabaco**	0,69	**0,001**
Motivación tabaco**	0,65	**0,001**
Contexto tabaco**	0,68	**0,001**
Autopercepción de control tabaco**	0,65	**0,002**
Autopercepción sobre el efecto del tabaco **	0,34	**0,002**
Actitud familiar tabaco**	0,34	**0,004**
Adquisición alcohol**	0,68	**0,0010**
Motivación alcohol**	0,66	**0,003**
Contexto alcohol**	0,45	**0,003**
Autopercepción de control alcohol**	0,79	**0,001**
Autopercepción sobre el efecto del alcohol **	0,27	**0,019**
Actitud familiar alcohol**	0,27	**0,03**
Adquisición Marihuana**	0,67	**0,002**
Motivación Marihuana**	0,62	**0,001**
Contexto Marihuana**	0,56	**0,001**
Autopercepción de control Marihuana**	0,69	**0,002**
Autopercepción sobre el efecto de la marihuana **	0,39	**0,001**
Actitud familiar Marihuana**	0,32	**0,004**
Consumo de pares ***	0,47	**0,0001**
Edad inicio consumo *	0,06	0,21

* Spearman ** Coeficiente de contingencia *** Tau – B de Kendal

La tabla 8 reporta que existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo sustancia adictiva y la mayoría de las características propias del consumidor. Observándose una relación directa, alta y estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia adictiva y adquisición de tabaco, contexto de consumo de tabaco, adquisición de alcohol, motivación de alcohol, autopercepción de control del alcohol, adquisición de marihuana,

y autopercepción de control marihuana. No encontrándose una relación estadísticamente significativa entre tipo de sustancia y edad de inicio.

Tabla 9: Relación entre magnitud de consumo de sustancias adictivas y características propias del consumidor.

Variable	Días de consumo		Cantidad	
	Estadístico	Valor p	Estadístico	Valor p
Adquisición tabaco*		**0,001**		**0,001**
Motivación tabaco*		**0,0001**		**0,00001**
Contexto tabaco*		**0,001**		**0,01**
Autopercepción de control tabaco*		**0,005**		**0,0002**
Autopercepción sobre efecto tabaco*		0,086		0,13
Actitud familiar tabaco*		**0,004**		**0,0002**
Adquisición alcohol*		**0,001**		**0,002**
Motivación alcohol*		**0,0001**		**0,00002**
Contexto alcohol*		**0,001**		**0,002**
Autopercepción de control alcohol*		**0,003**		**0,0002**
Autopercepción sobre efecto alcohol*		0,088		0,077
Actitud familiar alcohol*		**0,03**		**0,012**
Adquisición Marihuana*		**0.001**		**0,003**
Motivación Marihuana*		**0,0002**		**0,00001**
Contexto Marihuana*		**0,001**		**0,003**
Autopercepción de control Marihuana*		**0,001**		**0,0005**
Autopercepción sobre efecto Marihuana*		**0,001**		**0,004**
Actitud familiar Marihuana*		**0,059**		**0,029**
Consumo de pares **	0,51	**0,001**	0,45	**0,003**
Edad inicio consumo **	0,45	**0,002**	0,78	**0,0012**

* Test Kruskal Wallis ** Spearman

La tabla 9 revela que existe una diferencia estadísticamente significativa entre las variables magnitud de consumo y la gran mayoría de las características propias del consumidor, excepto para la autopercepción del efecto del tabaco y el alcohol.

Además, existe relación directa estadísticamente significativa moderada entre magnitud de consumo de sustancia adictiva y consumo de pares.

CAPÍTULO 5:

DISCUSIÓN, CONCLUSION, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSION, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

5.1.1 Primer objetivo: Identificar el consumo de las sustancias adictivas.

Los resultados de este estudio muestran que el consumo de sustancias lícitas entre adolescentes de 15 a 19 años es mayor que el consumo de sustancias ilícitas, resultados que concuerdan con las estadísticas tanto a nivel nacional como mundial (28, 36). Por otra parte, relevante mencionar que los resultados de prevalencia de este estudio (tabaco 43%; alcohol 44,7% y marihuana 34,4%.), son concordantes a las prevalencias más altas de algunos países de Europa como es República Checa, cuyas prevalencias para el tabaco, alcohol y marihuana son 47%, 48% y 37% respectivamente. (11,12,24). No obstante, los resultados de este estudio no coinciden con los resultados reportados a nivel latinoamericano (tabaco 13,8%, alcohol 35,7% y marihuana 5,09%.) (24,33), a nivel nacional (tabaco 24,9%, alcohol 35,6%; y marihuana 20,1%.) (34), y a nivel regional (tabaco 24,7%, alcohol 37,1%, y marihuana 20,9%.) (36). Esto podría responder, que todos los adolescentes que participaron en esta investigación, pertenecen a establecimientos de educación municipal, grupo que ha mostrado en estudios anteriores un mayor consumo de sustancias adictivas en comparación con los estudiantes que asisten a colegios subvencionados pagados o particular pagado. Por lo tanto, al realizar esta investigación focalizada solo a estudiantes pertenecientes a establecimientos de la corporación municipal, explicaría la mayor prevalencia de consumo encontrada en este estudio.

5.1.2 Segundo objetivo: Relacionar el consumo de sustancias adictivas y algunas características personales.

Los resultados de esta investigación, no revelaron una relación estadísticamente significativa entre consumo de sustancias adictivas y sexo, lo que coincide con los datos obtenidos por otros investigadores en la población escolar a nivel regional (36). No obstante, es importante mencionar que hay otros estudios realizados en adolescentes españoles (13,39) que muestran una relación significativa entre consumo de sustancias y

ser hombre o mujer, lo que se podría explicar por las diferencias culturales entre los adolescentes de ambos países.

En relación con el consumo de sustancias adictivas y edad, los resultados de este estudio revelan una relación directa, estadísticamente significativa entre ambas variables. Es decir, a mayor edad mayor prevalencia de consumo. Esto concuerda con dos estudios españoles, que señalan que el consumo de sustancias adictivas y el poli consumo se incrementa con la edad (13,15,30). Lo que se explica, por el acceso que tienen los jóvenes de mayor edad a la venta de bebidas alcohólicas y otras drogas y tener mayor autonomía (40).

Por otra parte, los resultados de este estudio muestran que existe una diferencia estadísticamente significativa entre consumo de sustancias adictivas y el rendimiento escolar, no así con el tipo de droga consumida. Lo anterior es concordante con estudios realizados en; España, México, y Brasil que evidencian que los malos resultados académicos se relacionan significativamente con el consumo de sustancias adictivas, debido a que el fracaso académico relacionado al hecho de no lograr una meta actuaría como factor desencadenante frente al consumo (14,21,23,41).

5.1.3 Tercer objetivo: Relacionar el consumo de sustancias adictivas y algunas características psicosociales.

Este estudio mostró que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la magnitud del consumo de sustancias adictivas y trabajar, además, de estudiar, lo que es concordante con los escasos estudios que relacionan estas variables. Esto se debe a que existiría una relación entre trabajar y la disponibilidad de dinero para acceder a la compra de sustancias adictivas (4,16)

Los datos revelaron que no existió relación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias adictivas y la pertenencia a grupos comunitarios, lo que no es concordante con un estudio realizado en México y otro en España que revelan que, a mayor sentimiento de integración y participación comunitaria por parte del adolescente, menor es el consumo de sustancias aditivas. (21,17). Esta diferencia en los resultados se podría explicar por una

posible falta de sentimiento de integración en los escolares de este estudio a los grupos que pertenecen y por lo tanto una ausencia de apoyo social lo que es un factor relevante para el consumo o no de sustancias adictivas (17).

Existen escasos estudios que relacionen consumo de sustancias adictivas y diferentes tipos de redes de apoyo; no obstante, la literatura y evidencia revisada muestran que los adolescentes que se sienten apoyados al enfrentar un problema, duplican las posibilidades de no consumir drogas, constituyéndose las redes de apoyo en un importante factor protector frente al consumo (4,17,46).

A diferencia de lo anteriormente expresado, los datos reportados en este estudio muestran que no existió una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, lo que podría responder a que más del 80% de los participantes perciben sentirse apoyados ya sea por cuando deben enfrentar un problema.

Asimismo, este estudio no encontró una relación estadísticamente significativa entre consumo de sustancias adictivas y tipo de familia. Esto, no es concordante con lo reportado por algunos autores, quienes revelan que la desestructuración familiar constituye un factor de riesgo para el consumo de drogas, aumentando en tres veces el riesgo de consumo (13,23). Agregando, que la familia nuclear sería un importante factor protector frente al consumo de alcohol y marihuana (36, 46,50).

No obstante los resultados de este estudio, se podrían explicar porque la mayoría de los adolescentes pertenecen a una familia nuclear o nuclear extendida (85%) y cuentan con una red de apoyo al momento de enfrentar un problema. Esto último, sería concordante con la literatura que señala que más que el tipo de familia, el consumo de sustancias adictivas estaría asociado a la importancia que tiene la familia en el poyo emocional de los niños/as y adolescentes, como lo revela un estudio español que establece una relación significativa entre un estilo educativo indulgente, caracterizado por el afecto de los padres, alta aceptación/implicación y baja severidad/imposición y el consumo de sustancias adictiva por parte de los adolescentes (13,62). Por otra parte, un estudio peruano calcula

un factor de riesgo de 76% de probabilidad de iniciarse en el consumo de drogas ilegales, al vivir sin ningún progenitor (18).

Los resultados obtenidos en este estudio reportaron que no existe relación significativa entre el malestar psicológico autopercibido y el consumo de sustancias adictivas. Lo que concuerda con un estudio realizado en adolescentes peruanos y canadiense cuyos datos mostraron una asociación estadísticamente significativa entre depresión y el consumo de sustancias (52,99). No obstante, otros estudios señalan que podría existir una relación positiva entre ambas variables, actuando la sintomatología depresiva como potenciadora o inhibidora del consumo de sustancias adictivas (17,19).

5.1.4 Cuarto objetivo: Relacionar el consumo de sustancias adictivas y características propias del consumidor.

Para este estudio se reporta que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la edad de inicio y consumo de sustancias adictivas. Lo que concuerda con dos estudios en adolescentes de España y Colombia, los que revelan que a menor edad de inicio en el consumo existe un mayor consumo tanto en cantidad, como en tipos de sustancias adictivas. (14,21). Sin embargo, esta investigación no reveló una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia adictiva y la edad de inicio. Lo que se podría atribuir a que la edad inicio en el consumo reportada por los participantes, aún se encuentra muy cercana a la edad actual de los estudiantes, por lo que probablemente aún no han experimentado con otro tipo de sustancias.

Se encontraron escasos estudios que relacionen consumo de sustancias y motivación de consumo. No obstante, un estudio realizado en Angola reportó que el consumo de sustancias tiene relación positiva con la presión social y el efecto placentero de la droga (20). De la misma manera, otros autores tanto nacionales como internacionales señalan que dentro de las principales motivaciones de consumo en los escolares son: la curiosidad, la búsqueda de placer, seguidos por los llamados consumos recreativos y resolver eventos estresantes (40,44,52,53), los cuales estarían asociados a una mayor frecuencia de uso como lo muestra un estudio en adolescentes canadienses (100). Lo anterior señalado,

concuerda con los resultados de este estudio que muestran una diferencia significativa entre magnitud de consumo de sustancias adictivas y los distintos motivos de consumo referido por los participantes del estudio. Asimismo, coincide con los principales motivos de consumo reportados por los adolescentes de este estudio.

De la misma manera, los resultados de este estudio evidencian una relación directa entre la adquisición de sustancias adictivas y el tipo de sustancia consumida, existiendo además una diferencia significativa entre la magnitud de consumo de la sustancia adictiva y las distintas vías de adquisición. Lo que concuerda con estudios nacionales e internacionales que relacionan significativamente el consumo de alcohol, tabaco, marihuana u otras drogas y la accesibilidad a estas, debido a que una droga percibida de fácil acceso generalmente es más barata y esta mayormente disponible en el mercado (11,21,24).

Los datos de este estudio muestran que el contexto de consumo se relaciona significativamente con el consumo de sustancias adictiva. En relación a esto, no se encontraron estudios a nivel nacional e internacional que relacionen estas variables. No obstante, algunos autores señalan que los estudiantes frecuentemente fuman en fiestas y reuniones, además refieren que cuando los amigos llevan drogas y/o alcohol aumentan 5 veces el riesgo de usar solo alcohol y solo tabaco, 6,7 veces el riesgo de usar alcohol y tabaco y 15 veces el riesgo de usar drogas ilícitas (23,36). Lo que concuerda con los resultados obtenidos, siendo “con los amigos” el mayor contexto de consumo de los adolescentes de este estudio.

Asimismo, los resultados de este estudio evidenciaron que existe una relación directa y estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias adictivas y el consumo de sus pares. Lo que coincide con estudios internacionales realizados en España, Argentina y Colombia. (15,21,56). Esto se debe a que la presión y la influencia de los pares constituye uno de los factores más determinantes para el consumo de drogas en este grupo etario, debido a la necesidad de reafirmación de identidad y la pertenencia intragrupal propias del desarrollo social de esta etapa de vida, en la cual se espera la aprobación y aceptación de sus pares. (39,44,56).

Con respecto a la autopercepción del control de consumo de sustancias adictivas y el tipo de sustancia adictiva consumida, los resultados de este estudio muestran una relación directa y estadísticamente significativa entre ambas variables, es decir a mayor autopercepción de control mayor consumo de distintos tipos de sustancias. Además, existe una diferencia significativa entre la magnitud de consumo de sustancia por parte de los participantes y la autopercepción de control de consumo referido. Con respecto a lo anterior señalar que a nivel internacional y nacional no se encontraron estudios que relacionen estas variables, sin embargo un estudio español relaciona significativamente de manera positiva el consumo de drogas con el autocontrol insuficiente (22), debido a que durante este periodo, el adolescente tiene déficit madurativo neorologico para considerar las consecuencias de su conducta, pues aún se encuentra en desarrollo la corteza prefrontal estructura que participa en la capacidad de autorregulación (62), lo que explicarían estos resultados.

La evidencia revisada muestra que la magnitud de consumo en escolares se relaciona significativamente con la autopercepción que ellos tienen sobre el tipo y efecto de las drogas, es decir mientras más dañina perciban el consumo de una sustancia adictiva, menor es el consumo, siendo esto válido para el consumo de tabaco, alcohol y marihuana (20,21,59). No obstante, estos resultados son discordantes a los obtenidos en este estudio, observándose esta relación solo para el consumo de marihuana; pues a pesar de que los encuestados refieren una alta percepción de riesgo para el alcohol, y tabaco, no existió una diferencia significativa entre la magnitud y la autopercepción del efecto en estas drogas, Esto podría responder a que ambas sustancias son licitas en nuestro país y aceptadas socialmente, incluso en el ámbito familiar. Asimismo, es relevante mencionar que un estudio realizado en Estados Unidos y otro a nivel nacional, muestran un aumento de la proporción de estudiantes que piensan que el fumar marihuana ocasionalmente es inocuo, lo que explicaría el aumento significativo de la prevalencia de consumo tanto en nuestro país como en otras partes del mundo (60). Lo que es concordante con la baja percepción de riesgo referida por los participantes en este estudio y la alta prevalencia de consumo reportada.

Los datos de este estudio evidenciaron una relación estadísticamente significativa entre consumo de sustancias adictivas y actitud familiar, lo que coincide con la literatura y evidencia revisada, que revela que la desaprobación parental impacta en la prevalencia de consumo de los jóvenes, siendo un predictor tanto del consumo de alcohol como de otras drogas, de tal manera que los adolescentes cuyos padres tienen una actitud reprobatoria, presentan prevalencias más bajas que aquellos que declaran que sus padres no las tienen (4,21,50). Sin embargo, existe preocupación, ya que esta actitud de desaprobación ha ido disminuyendo significativamente (1).

5.2. Conclusiones

Con los hallazgos de la investigación, es posible responder a los objetivos planteados inicialmente.

Para comenzar, respondiendo al primer objetivo específico, se encontró que la prevalencia de consumo de sustancias adictivas es alta, en relación al consumo tanto a nivel nacional como regional, siendo la droga más consumida por los adolescentes de este estudio el alcohol con un 44,7%, seguida por el consumo del tabaco (43%) y finalmente el consumo de marihuana con un 34,4%.

Respondiendo al segundo objetivo específico planteado, se obtuvo que el consumo de sustancias adictivas en adolescente se relacionó de manera directa con las variable edad y que hubo una diferencia estadísticamente significativa entre magnitud de consumo y rendimiento escolar, y no hubo relación con la variable sexo. Al aplicar el MPS la edad pertenece al primer componente de “características y experiencias individuales”. Y el rendimiento escolar pertenece al primer componente de “características y experiencias individuales”. Y al tercer componente “resultado conductual”.

Dando respuesta al tercer objetivo específico, se encontró que el consumo de sustancia adictiva se relacionó de manera directa significativa solo con la variable psicosocial trabajar, además de estudiar, correspondiendo según el modelo MPS de Nola pender al segundo componente de “cogniciones y afectos”. Y no existió relación con las variables

pertenencia a grupos comunitarios, redes de apoyo, tipo de familia, ni malestar psicológico autopercibido.

Con respecto al cuarto objetivo, se evidencia que existió una relación directa significativa entre el tipo de sustancia adictiva consumida y la adquisición de la sustancia adictiva, motivación de consumo, contexto de consumo, autopercepción sobre el control de la sustancia, autopercepción del efecto con el consumo de la marihuana, actitud familiar y consumo de pares y no hubo relación entre, tipo de droga y la edad de inicio ni con la autopercepción del efecto del consumo del alcohol y tabaco. Correspondiendo según el MPS de Nola Pender al segundo pilar de "cogniciones y afectos" la adquisición de la sustancia adictiva, autopercepción de control frente al consumo de sustancias, autopercepción del efecto de la marihuana, consumo de pares y actitud familiar. Además, se sitúa en el segundo y tercer componente del MPS la motivación de consumo, y el contexto de consumo.

De la misma manera los resultados obtenidos muestran que existió diferencia significativa entre la magnitud de consumo de sustancia adictiva y la edad de inicio, adquisición de la sustancia adictiva, motivación de consumo, contexto de consumo, autopercepción sobre el control de la sustancia, autopercepción del efecto de la marihuana, actitud familiar y consumo de pares, no existiendo relación entre magnitud de consumo de la sustancia adictiva y autopercepción del efecto del consumo del alcohol y tabaco. Correspondiendo según el modelo MPS al segundo componente de "Cogniciones y afectos" la adquisición de la sustancia adictiva, autopercepción sobre el control de la sustancia, autopercepción del efecto de la marihuana, y actitud familiar. Y corresponden al segundo y tercer componente del MPS, la motivación de consumo, contexto de consumo.

Finalmente es importante señalar que, debido a las características de la muestra estudiada, es decir adolescentes pertenecientes solo a establecimientos municipales de Valparaíso, se pudo visualizar factores relevantes relacionados con el consumo de sustancias adictivas en una población vulnerable, con el objetivo de poder impulsar programas educativos de promoción y prevención en estos establecimientos.

5.3. Limitaciones en la investigación

Entre las limitaciones metodológicas más importantes de este estudio destaca que:

- Para este estudio se utilizó la base de dato de la tesis “Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico autopercibido, relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados de la comuna de Valparaíso". Que por la naturaleza de los datos hubo variables en las que no se pudo aplicar estadígrafos de correlación debido al número de opciones de respuestas. No obstante, se pudo medir la diferencia de magnitud en cada una de ellas.

- No se pudo valorar y profundizar otros aspectos relevantes de la teoría como por ejemplo la autoeficacia auto percibida por parte de los adolescentes del estudio al ser utilizada una base de datos.

5.4 Sugerencias

En vista de los resultados obtenidos se sugiere incorporar distintas recomendaciones en cada ámbito de desempeño de enfermería.

Ámbito asistencial

- Poder sugerir en la actualización de la norma técnica para la supervisión de niños y niñas entre 0 a 9 años en la atención de primaria de salud, se incorpore el consumo de sustancias adictiva, como un área de evaluación durante el control de salud Escolar.

- Promover capacitaciones a las enfermeras y enfermeros de atención primera sobre competencias parentales y así promover el desarrollo emocional, autoestima y autoeficacia de los niños/as y adolescentes, que les permita enfrentar conductas de riesgo para el consumo de sustancias adictivas.

- Promover capacitaciones permanentes y talleres educativos por parte del equipo multidisciplinario de salud, en los distintos establecimientos educativos desde los

niveles parvularios, básicos y medios con el objetivo de ir instalando conductas promotoras de salud.

- Promover la creación de guías anticipatoria, que aborden las características que se relacionaron con el consumo de sustancias adictivas (edad de inicio, rendimiento, trabajar además de estudiar, contacto de consumo, autopercepción del efecto, actitud de los padres y consumo de pares) y que puedan ser aplicadas durante el control de salud infantil y adolescente.

Ámbito gestión

- Dar a conocer los resultados obtenidos en este estudio a los directivos de los establecimientos educacionales, respecto a la magnitud del problema y las características personales, psicosociales y del consumidor que se relacionaron con el consumo de sustancias adictivas. Con el objetivo que puedan desarrollar programas preventivos en conjunto con los centros de salud familiar acordes a las características de su estudiantado.

- Dar a conocer los resultados obtenidos en este estudio a los directivos del SENDA regional, para aportar con los resultados de las características personales, psicosociales y propias del consumidor relacionadas a esta problemática, para así focalizar los recursos relacionados a los programas preventivos desarrollados.

Ámbito educación

- Continuar fortaleciendo las competencias de los egresados de los programas de la carrera de Enfermería para realizar el control integral Infantil y adolescente, instancia fundamental que permite pesquisar las características que en este estudio se relacionaron con el consumo de sustancia adictiva.

- Incentivar a las carreras del área de salud y educación a que profundicen en los planes curriculares, especialmente en las carreras que trabajarán con niños y adolescentes contenidos sobre consumo de sustancias adictivas y y otros problemas de salud mental.

- Realizar capacitaciones a estudiantes de nuestra universidad con respecto a esta temática, para que puedan ser agentes multiplicadores entre sus pares, familiares y comunidad.

Ámbito investigación

- Incorporar en futuras investigaciones otro tipo de sustancias adictivas que abarcan los estudios nacionales e internacionales, como el uso de tranquilizante sin receta médica y cocaína.

- Realizar investigaciones que abarquen un perfil demográfico más amplio y establecimientos educacionales de distintas dependencias administrativas.

- Se podría realizar otros análisis de resultados obtenidos, como comparaciones de grupos.

- Realizar otros tipos de investigaciones cualitativas y cuantitativa para profundizar los factores relacionados con el consumo de sustancia adictiva de acuerdo al modelo MSP como son la motivación del consumo, contexto en el que consume la sustancia adictiva y autoeficacia.

- Publicar los resultados de esta investigación para aportar al conocimiento de esta problemática en nuestra región y a nivel nacional e internacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Santiago de Chile; 2013.

2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. ¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos?; [citado 28 Nov 2013]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_ adolescent/topics/adolescence/dev/es/index.html

3. Maturana A. Consumo de alcohol y drogas en niños y adolescentes. En: Almonte C. Montt ME. Psicopatología infantil y de la adolescencia. 2° ed. Santiago (Ch): Mediterráneo; 2012. p. 293 – 21.

4. Maturana A, Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2011. [acceso 20 diciembre 2017]; 22(1). Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0716864011703972/1-s2.0-S071 6864011703 972 main. pdf?_tid= bc4 5fb7c-e539-11e7-940 900000 aab0f01&acdnat=1513742359_ 61a860a99b7fbd639221bfea2c90ede4

5. National Institute on Drug Abuse.(NIDA). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción[Internet].NIDA; 2014 [Actualizado Nov 2014; accseo 20 Dic 2017]. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro

6. Consejo Nacional para el Control de Estupefaciente. Estrategia nacional sobre drogas 2009- 2018, 2009. Santiago de Chile; 2009.

7. Delegación del Gobierno Para el Plan Nacional sobre Drogas. Guía sobre drogas [Internet]. España: Avenida Gráfica; 2007; 86 p. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf

8. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra; 2005.

9. Instituto nacional de la juventud (INJUV). Octava Encuesta Nacional de la Juventud, 2015. Santiago de Chile; 2017.

10. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. informe mundial sobre las drogas; 2017.

11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. ESPAD report 2015 Results formó the European School Survey Proyect on Alcohol And other Drugs. Luxemburgo; 2016.

12. Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías. Informe Europeo sobre drogas, novedades y tendencias, 2017. Luxemburgo; 2017.

13. Fuentes MC, Alarcón A, García F, Gracia E. Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y el barrio. An Psicol. 2015;31(3):1000 – 07.

14. López TH, Fernández JR, Frutos AJ, Rodríguez CM, Escarpa D, María S, et al. La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. Interv Psicosoc. 2009;18(3):199–212.

15. Vásquez ME, Muñoz MF, Fierro A, Alfaro M, Rodríguez ML, Rodríguez L.Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo

relacionadas. Rev Pediatr aten Primaria [Internet]. 2014. [acceso 20 diciembre 2017]; 16(62). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000300005.

16. Ministerio de Desarrollo Social. Conocimiento y uso de alcohol y drogas en adolescentes de 12 a 17 años, Santiago de Chile; 2013.

17. Sánchez JC, Villarreal ME, Ávila ME, Vera A, Musitu G. Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. Psychosocial Intervention [Internet]. 2014;23(1):69-78. Disponible en : https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179830185008

18. Saravia J, Gutiérrez, Frech H. Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. Rev Peru Epidemiol. 2014;18(1):1–7

19. Chanpimol S, Seamon B, Hernandez H, Harris-love M, Blackman MR. Substance Use and Depressive Symptoms among Adolescents Treated in a Pediatric Emergency Department HHS Public Access.2017;25(2):124–33.

20. Gutiérrez M, Romero I. Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. An Psicol . 2014;30(2):608–19.

21. López S, Rodríguez – Arias L. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. Psicothema[Internet]. 2010 [acceso 20 Dic 2017];22(4) Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa ?id=72715515007

22. Calvete E, Estévez A. El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. Adicciones. 2009; 21:49–56.

23. Donola LR, Malbergier A. La influencia de los amigos en el consumo de drogas entre adolescentes. Estud psicol [Internet]. 2014 [acceso 15 dic 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000100007

24. Comisión interamericana para el control del abuso de Drogas (CICAD). Informe sobre Uso de drogas en las Américas, 2015. Washington D.C Estados Unidos; 2015.

25. Navalón Mira, A, Ruiz-Callado, R. Consumo de sustancias psicoactivas y rendimiento académico. una investigación en estudiantes de educación secundaria obligatoria. Salud y drogas [Internet]. 2017. [acceso 15 dic 2018]. 17(1). Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782005.

26. Francisca Corona H, Eldreth Peralta V. Prevención de conductas de riesgo. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2011. [acceso 15 dic 2018]. 22(1). Disponible en: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864011703947

27. Vicente B, Saldivia S, De La Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: A community epidemiological study. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2012;53(10):1026–35.

28. Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 Jun;44(6):609–21.

29. National Institute on Drug Abuse. Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y Adolescentes.Maryland; 2005.

30. Oficina de las naciones Unidas contra la droga y el delito. Resumen ejecutivo Informe mundial sobre las drogas; 2016.

31. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco Washington, D.C ;2016.

32. The Partnership at Drugfree.org. Nueva encuesta: el consumo de drogas entre los adolescentes hispanos es significativamente más elevado que otros grupos étnicos, el abuso de sustancias se está convirtiendo en comportamiento normalizado entre los jóvenes latinos. Nueva York; 2013.

33. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en américa latina y el caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente, 2015. Panamá; 2015.

34. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2014. Santiago de Chile; 2015.

35. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Observatorio Chileno de droga. Décimo segundo estudio nacional de drogas, en población la población general, Santiago de Chile; 2016.

36. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Observatorio Chileno de droga. Décimo primer estudio nacional de drogas, en población escolar en Chile, 2015 8° básico a 4|° medio. Santiago de Chile; 2016.

37. Observatorio Europeo de las drogas y las Toxicomanías. Informe europeo sobre drogas, 2013. Luxemburgo; 2013.

38. Hernández-Serrano O, Espada J, Guillén-Riquelme A. Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. An Psicol. 2016;32(1):609–16.

39. Margarida M, Reis S, Ferreira S. Consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2010;18(2):1 - 8.

40. Herrera A, Martínez A, Ruiz H. Caracterización del consumo de drogas psicoactivas por jóvenes y adolescentes atendidos en el Centro de Deshabituación de Adolescentes del municipio Playa. Rev Cuba invest bioméd. 2014;33(1):61–9.

41. Monckton P, Pedrão L. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;(19):738–45.

42. Observatorio Chileno de Drogas. Factores de riesgo del consumo de marihuana en población escolar. Santiago de Chile;2015.

43. De la Barra F, Vicente B, Saldivia, Melipillan R. Rev.Med.Clin. condes. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. 2012;23(5):521–29.

44. Instituto de Sociología (ISUC) de la Pontificia Universidad Católica. Razones para el no consumo de marihuana en población juvenil. Santiago de Chile ;2015.

45. Organización de los Estados Americano. Escenarios para el problema de drogas en las américas 2013 – 2025. Cartagena de Indias ;2012.

46. Milena AP, Milena RP, Fernández MLM, Helmling FJL, Gallardo IM, Pulido IJ. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Aten Primaria [Internet]. 2007 [acceso 15 dic 2018];39(2):61–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1157/13098670

47. Páramo M. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. Ter PSICOLÓGICA. 2011;29(1):85–95.

48. Gonzáles J, Macuyama T, Silva Z. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1. ° al 5.° de secundaria de un colegio nacional mixto. Rev Enferm Hered [Internet]. 2014[acceso 15 dic 2018];6(2):66. Disponibleen:http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/download/1795/1806%5Cnhttp://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2013/febrero/factoresfamiliaresqueinfluyenenlasmanifestacionesdepresivasenadolescentes.pdf

49. Diaz K, Amaya MC. Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. Av. enferm [Internet]. 2014 [acceso 15 dic 2018];24(10):37–59. Disponible en: internalpdf://0538553570/ Adams Reshapingthe Latina Narrative.pdf

50. Observatorio Chileno de Drogas. Boletín 19: Involucramiento parental y consumo de drogas en escolares de Chile. Santiago de Chile; 2015.

51. Charles NE, Mathias CW, Acheson A, Dougherty DM. Preadolescent sensation seeking and early adolescent stress relate to at-risk adolescents' substance use by age 15. Addict Behav [Internet]. 2017[acceso 15 dic 2018];69:1–7. Disponible en : http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.01.005

52. Ramírez E, Cubas E, Amerghino A DC. Presencia de depresión asociada al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes entre trece y diecisiete años en 3 instituciones educativas de la ciudad de Chiclayo. Rev Cuerpo med HNAAA. 2012;5(3):27–2.

53. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Razones para el consumo de alcohol en población juvenil, 2016. Santiago de Chile; 2016.

54. Rizzo J, Pinto FMG, Bruna CQ de M, Souza RQ de, Graziano KU, Silva MJP da. Consumo de drogas en jóvenes de la ciudad de Guayaquil. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(6):1212–9.

55. Ministerio de Salud. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ), 2016. Santiago de Chile; 2017.

56. Morello P, Pérez A, Peña L, et al. Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en adolescentes escolarizados de tres ciudades de Argentina. Arch Argent Pediatr 2017;115(2):155-159.

57. Molina LC, Lozano B. Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. Adicciones [Internet]. 2011 [acceso 15 dic 2018];(24):31-8 Disponible en: http:// www.eric.ed.gov/ ERICWebPortal/detail?accno=ED499264%5Cnhttp://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED499264

58. Ministerio De Desarrollo Social. CASEN, 2013. Santiago de Chile; 2013.

59. Uribe J, Verdugo J, Zacarias X. Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. Psicol y Salud [Internet].2011[acceso 15 dic 2018] ;21(1):47–55. Disponible en: http://revistas.uv.mx/index.php/ psicysalud/article/view/586

60. Centro de información y educación para la prevención del abuso de droga (CEDRO). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar

[Internet].CEDRO; 2013 [acceso 20 Dic 2017]. Disponible en: http://www.repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/258

61. National Institute on Drug Abuse. Tendencias de los Estudiantes de la Secundaria y los Jóvenes, Estados Unidos ;2016.

62. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). ¿Es la marihuana puerta entrada a otras drogas? Santiago de Chile; 2012.

63. Ruiz H, Herrera A, Supervielle M, Martínez A. Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. Rev Cuba invest bioméd. 2014;33(4):402–9.

64. Canales GF, Díaz de Paredes T, Guidorizzi AC, Arena C. Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. Rev Cuid [Internet]. 2012[acceso 15 dic 2018] ;3(1):260–9. Disponible en: http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/20

65. Ministerio de Salud. Plan nacional de Salud Mental 2017- 2025. Santiago de Chile; 2017.

66. Consejo Nacional para el Control de Estupesfacientes. Estrategia nacional sobre drogas 2009 – 2018. Santiago de Chile; 2009.

67. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. [Internet]. Santiago: c2011-2013. Alcohol, conoce los efectos y riesgos asociados al consumo de alcohol; [citado 10 Jun 2013]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/alcohol/

68. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo centro de publicaciones; 2004 [citado 10 Jun 2013]. 64p. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf .

69. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE. Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años. Santiago de Chile ;2013.

70. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Ley Chile [Internet]. Santiago: Aprueba reglamento de la ley nº 20.000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y sustituye la ley nº 19.366; 23 May 2009 [citado 24 nov 2017]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=269323

71. Martin del Moral M. Lorenzo P, Conceptos fundamentales en drogodependencia. En: Lorenzo P. Ladero JM. Leza JC. Lizasoain I. Drogodependencia, farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 3° ed. Madrid (Es): Editorial Médica Panamericana; 2009. P. 1-25.

72. Observatorio Chileno de drogas. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). [internet].SENDA;[acceso 2 de dic 2017]disponible en: http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/

73. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Tratamiento [internet].SENDA;[acceso 19 de dic 2017]disponible en: http://www.senda.gob.cl/tratamiento/

74. Asociacion America de Psiquiatria. Guia Consulta de los criterios diagnosticos del DSM – 5. Estados Unidos; 2013.

75. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones; Glosario de términos de alcohol y drogas; 2004.

[Acceso 24 Oct 2017]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

76. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Glosario de términos [internet].SENDA;[acceso 2 de dic 2017]disponible en: http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/

77. Ministerio de Salud Gobierno de Chile [Internet]. Que es el tabaquismo; [citado 30 abril 2018]; [aprox. 1 p.]. Disponible en:http://dipol.minsal.cl/oficinas-2/tabaco/que-es-el-tabaquismo/

78. Araya MV, Leal F, Huerta P, Fernández N, Fernández G, Millones JP. Consumo de tabaco y uso del consejo médico estructurado como estrategia preventiva del tabaquismo en médicos chilenos. Rev Med Chile. Mar 2012; 140(3): 347-352. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000300010

79. Programa Nacional del Control de Tabaco Ministerio de Salud [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Tabaco y adicción; [citado 24 OCt 2017]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud/108-articulo-02

80. Gobierno de Chile Ministerio de Salud. La cesación del consumo de tabaco, manual para el equipo de salud [Libro electrónico]. Santiago Chile; Oct 2003 [citado 5 Oct 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/portal/url/item/75fd0bb79ec68b90 e0400 1011f01201c.pdf

81. Pérez N, Pérez H, Fernández E. Nicotina y adicción: Un enfoque molecular del tabaquismo. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. Mar 2007 [citado 24 Oct 2017]; 6(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2007000100006 & script=sci_arttext

82. Burillo-Putze G, Hernández M, Climent B, Pinillos M. Nuevas Formas de Consumo de Alcohol. An Pediatr (Barc) [Lnternet]. Dic 2012 [citado 10 Dic 2017]; 77(6): 419-20. Disponible en: http://zl.elsevier.es/es/revista/anales-pediatria-37/nuevas-formas-consumo-alcohol-90166152-cartas-al-editor-2012

83. Carrasco CA, Quispe CM, Quispe JA, Ávalos L. Administración de alcohol en la adolescencia. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2015;32(4):817–24. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36342990029

84. Ochoa E, Madoz-Gúrpide A, Vicente N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia del alcohol. Med Segur Trab. Ene-Mar 2009; 55(214): 26-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n214/original1.pdf

85. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. [Internet]. Santiago: c2011-2013. Alcohol, conoce los efectos y riesgos asociados al consumo de alcohol; [citado 19 Dic 2017]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/alcohol/

86. De la Espriella R, De la Hoz AM, Uribe A, Rodríguez P, Cote M, Cano AM et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol: Parte II: Evaluación y manejo de los pacientes con intoxicación aguda por alcohol. Rev Colomb Psiquiatr. [Revista electrónica]. 2012 [citado 10 Jun 2017]; 41(4): 805-825. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000400007&lng=pt.

87. Guías de Actuación en Urgencias y Emergencias [Internet]. España; c2000 –2013. Delirium Tremens; 10 Abr 2012 [citado 13 Dic 2017]; [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.aibarra.org/Guias/10-1.htm

88. Altamirano P. Marihuana en adolescentes escolares. Rev. Chil. Pediatr. Mar 2011; 72(2): 147-49.

89. National Institute on Drug Abuse. Abuso de la marihuana. Natl Inst Drug Abuse Res Monogr Ser. [Revista electrónica]. 2011 [citado 13 Dic 2017]; [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrmarihuana.pdf

90. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile; c2011-2013. Marihuana, conoce los efectos y riesgos asociados al consumo de marihuana; [citado 13 Dic 2013]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/marihuana/

91. Organización mundial de la Salud (OMS). ¿Qué es la promoción de la salud? [Internet]. OMS; 2016 [citado 13 Dic 2013]. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/

92. Trejo F. Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. Enf Neurol. 2010; 9 (1): 39 -44.

93. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, 2001 Ginebra (Suiza): OMS; 2001.

94. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción la Salud. 2010;15(1):128–43.

95. Sakraida T. El modelo de promoción de la salud. En: Alligood MR, Tomey AM. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª ed. Madrid (Es): Elsevier-Mosby; 2011. p. 434-453.

96. Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Rev Enfermería Univ [Internet]. 2011. [acceso 20 Dic 2017];8(4). Disponible en: http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/32991/30231

97. Mosqueda A, González J, Dahrbacuns N, Jofré P, Caro A, Campusano E. Malestar Psicológico en estudiantes universitarios: una mirada desde el modelo de promoción de la salud. Rev Sanus [Internet]. 2016[acceso 15 dic 2018];1(1)disponible en: http://sanus.uson.mx/revistas/articulos/1-art7.pdf

98. Armstrong L. "Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten colegios municipalizados de la comuna de Valparaíso" [Tesis Licenciatura].

99. Brière FN, Fallu JS, Morizot J, Janosz M. Adolescent illicit drug use and subsequent academic and psychosocial adjustment: An examination of socially-mediated pathways. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2014;135(1):45–51.Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.029

100. Orsi MM, Brochu S, Lafortune D, Patenaude C. Factors associated with the motivation to use psychoactive substances and the motivation to change in adolescents in an authoritarian context. Child Youth Serv Rev [Internet]. 2014;39:11–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.12.009

ANEXOS

ANEXOS

Anexo N° 1: Acta de comité de ética estudio "Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionado con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados"

Universidad de Valparaíso CHILE
Dirección de Investigación

FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

COMITÉ DE BIOÉTICA FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 19/2013

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico – cirujano, Secretaria; María Antonieta Silva, enfermera – matrona; Daniel Ciudad, kinesiólogo; Patricia Herrera, educadora de párvulos; y Claudia Miranda, psicóloga, en su sesión del día 7 de noviembre de 2013, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto "**Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados**", presentado por la investigadora responsable Lucy Armstrong, adscrita a esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 127/2013, versión en español
2. Hoja Informativa y Ficha de Asentimiento y Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar información relativa a las características personales y familiares, síntomas de malestar psicológico, características del consumo de sustancias adictivas y características de la conducta sexual de adolescentes de nuestra región. El conocimiento de estos problemas permitirá implementar estrategias educacionales de promoción y prevención de la salud de los adolescentes de nuestra comuna y fomentar así el auto-cuidado. El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos, estimados en una cuantía no mayor a la habitual exposición de los sujetos de investigación.
3. El Asentimiento Informado, y del mismo modo el Consentimiento Informado, da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explicita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por

participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de los instrumentos, y explicitando el compromiso de activar un protocolo de contención y posterior derivación si se detectara alguna sintomatología que así lo requiriese en los participantes; así también, el investigador da a conocer su teléfono e E – mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.

4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo experimental, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el año 2013, bajo la supervisión de la investigadora responsable, Lucy Armstrong.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina

Jimena Le Roy Barría
Presidenta

Ivanny Marchant Ramírez
Secretaria

Valparaíso, 13 de noviembre de 2013

C/C.

- Secretaría CBI-FAMED
- Comité de Investigación Facultad de Medicina

Anexo 2: Carta autorización de profesora Lucy Armstrong, para la utilización de la base de datos de la tesis "Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionado con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados"

Universidad de Valparaíso
CHILE

Escuela de Enfermería
Universidad de Valparaíso

Valparaíso, 20 de Diciembre 2017

DE: LUCY ARMSTROG BAREA
A: COMITÉ DE ETICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

CERTIFICADO

De mi consideración:

Certifico que la profesora Andrea Melo Severino, hará uso de la base de datos del estudio, "***Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten colegios municipalizados"***, que he cedido en mi calidad de autora principal. El estudio fue realizado en su primera etapa (descriptiva) por estudiantes de enfermería de pre-grado y cuya acta de Evaluación Bioética es la número 19/2013.

Sin otro particular.

Saluda atentamente.

Prof. Lucy Armstrong Barea
Enfermera-Matrona, Mg. en Enfermería Mención Enfermería Clínica, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.
Correo electrónico: lucy.armstrong@uv.cl
Teléfono: 32-2603808

Anexo N° 3: Acta de comité de ética que autoriza uso de la base de datos del estudio "Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionado con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados"

Universidad de Valparaíso CHILE

FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 11/2018

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico- cirujano, Secretaria; Alberto Moreno, profesor de educación física; Paulina Hurtado, enfermera – matrona; Angelo Bartsch, kinesiólogo; Maritza Cofré, matrona y Carlos Varas, psicólogo, en su sesión del día 12/04/2018 declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto "CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS RELACIONADOS CON ALGUNOS FACTORES PERSONALES Y PSICOSOCIALES DEL MODELO DE SALUD DE PROMOCIÓN DE NOLA PENDER" presentado por la investigadora Andrea Melo Severino, adscrita a esta Facultad de Medicina.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

- Protocolo N° 061 / 2017 versión en español.
- Currículum Vítae del investigador responsable y coinvestigador.
- No se realiza aplicación de instrumento en este estudio, ya que se hará uso de la base de datos del estudio "Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten colegios municipalizados" estudio aprobado por el Comité de Bioética cuya acta de Evaluación Bioética es la número 19/2013.

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cum con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en que este estudio permitirá conocer la distribución del consumo de drogas en adolescentes y su asociación con algunos factores personales y psicosociales. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.

El estudio propuesto podrá generar suficiente evidencia que invite a la reflexión y toma de decisiones por parte de profesores y directivos de las escuelas, en la implementación de estrategias de promoción y prevención de consumo de drogas en adolescentes.

Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

COMITÉ DE BIOÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN - FACULTAD DE MEDICINA
Angamos #655 Reñaca, Viña del Mar | Teléfono: 32 260 30 02 | E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el presente año por el grupo investigador liderado por Andrea Melo Severino, de la Escuela de Enfermería. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, según proceda.

Firma en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina,

Jimena Le Roy Barría
Presidenta Comité de Bioética

Viña del Mar, 26 de abril de 2018

COMITE DE BIOETICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

C/C.

- Secretaría CBI-FAMED
- Comisión de Investigación Facultad de Medicina

Anexo 4: Tablas

4.1.1 Características personales

Tabla 1: Distribución por sexo de los participantes del estudio

Sexo	Frecuencia N°	Porcentaje %
Femenino	177	60
Masculino	118	40
Total	295	100

Tabla 2: Distribución por edad de los participantes del estudio

Edad			
Media	Mínima	Máxima	Des. Estándar
16,41	15	19	0.99

Tabla 3: Rendimiento Escolar según Promedio de notas y repitencia de curso de los participantes del estudio

	Rendimiento escolar					
Promedio de notas	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desv. estándar
	5.5	5.5	5.3	42	67	4,96
Repitencia de curso	Frecuencia N°		Porcentaje %			
Si	94		32			
No	200		67,8			
No responde	1		0,3			
Total	295		100			

Tabla 4: Trabajar además de estudiar de los participantes del estudio

	Trabajar además de estudiar	
Trabaja	Frecuencia N°	Porcentaje (%)
Si	42	14,6
No	245	85,3
No responde	8	2,78
Total	295	100

4.1.2 Características psicosociales

Tabla 5: Pertenencia a grupos comunitarios de los participantes del estudio

	Grupo comunitario							
Tipo de grupo comunitario	Si		No		No responde		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Grupo religioso	20	16	264	92,9	11	3,7	295	100
Grupo scout	5	4	280	98,2	10	3,4	295	100
Grupo centro juvenil	8	6,4	277	97,1	10	3,4	295	100
Club deportivo	55	44	230	80,7	10	3,4	295	100
Otros	37	29,6	258	87,5	0	0	295	100
Total	125	100%			41	13.89		

Tabla 6: Redes de apoyo de los participantes del estudio.

	Redes de apoyo									
Tipo de red de apoyo*	Si		No		No específica		No responde		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Familiar	134	45,7	159	54,2	-	-	2	0,7	295	100
Amistades	153	52,2	140	47,7	-	-	2	0,7	295	100
Pareja	73	24,9	73	24,9	-	-	2	0,7	295	100
Ninguna	39	13,3	254	86,6	-	-	2	0,7	295	100
Otros	0	0	292	99	1	0,3	2	0,7	295	100

Tabla 7: Tipo de familia de los participantes del estudio

Tipo familia	Frecuencia N°	Porcentaje (%)
Extendida biparental	41	13,9
Extendida monoparental	31	10,5
Nuclear biparental	134	45,7
Nuclear monoparental	74	25,2
Otro	13	4,3
No responde	2	0,3
Total	295	100,0

Tabla 8: Malestar psicológico autopercibido de los participantes del estudio

	Media	Mínimo	Máximo	Desv. estándar
Puntaje del test de Goldberg (GHQ-12)	3,03	0	12	5

	Frecuencia N°	Porcentaje %
Sin Malestar Psicológico autopercibido	215	74.1
Con Malestar Psicológico autopercibido	75	25.8
No responde	5	1,7
Total	295	100