



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCERA COHORTE
MODALIDAD DE TITULACIÓN PROYECTO DE
INVESTIGACION

Tema: “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA QUISAPINCHA”.

Requisito Previo Para Optar Por El Título De Especialista En Medicina Familiar Y
Comunitaria

Autor: Md. Achachi Meléndez Darío Xavier.

Tutora: Dra. Esp. Dávalos Barzola Cindy Grace.

Ambato – Ecuador

2022

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor del Trabajo de Titulación presidido por el Doctor Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta, Especialista, e integrado por las señoras: Md. Esp. Garcés Jeréz Katherine Elizabeth, Md. Esp. Silva Gutiérrez Paola Alejandra.

Designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: “Funcionalidad familiar y su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la parroquia Quisapincha”.

Elaborado y presentado por el señor Médico, Darío Xavier Achachi Meléndez, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

Dr. Esp. Chicaiza Tayupanta Jesús Onorato
Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa

Md. Esp. Garcés Jeréz Katherine Elizabeth
Miembro del Tribunal de Defensa

Md. Esp. Silva Gutiérrez Paola Alejandra
Miembro del Tribunal de Defensa

Marzo 2022

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA QUISAPINCHA”**.

Le corresponde exclusivamente al: Darío Xavier Achachi Meléndez, Autor bajo la Dirección de la Doctora Cindy Grace Dávalos Barzola, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Md Achachi Meléndez Darío Xavier
CI: 1804379632
AUTOR

Dra Esp. Dávalos Barzola Cindy Grace
CI: 0910772458
DIRECTORA

Marzo 2022

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Achachi Meléndez Darío Xavier

CI: 1804379632

AUTOR

Marzo 2022

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA TERCERA COHORTE**

INFORMACIÓN GENERAL

Tema: : “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO
DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE LA
PARROQUIA QUISAPINCHA”.

AUTOR: Darío Xavier Achachi Meléndez
Grado académico: Medico general
Correo electrónico: dachachi9632@uta.edu.ec

DIRECTORA: Cindy Grace Dávalos Barzola
Grado académico: Doctora especialista en medicina familiar y comunitaria.
Correo electrónico: cg.davalos@uta.edu.ec

LINEA DE INVESTIGACIÓN: **Promoción de la salud en adolescentes.**

Marzo 2022

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme estar con vida pese a vivir en tiempo de pandemia además doy gracias a mis padres que han permanecido a mi lado todo el tiempo doy gracias a mi esposa que con su apoyo logre plasmar algunas de mis ideas en esta tesis, gracias a mis docentes que fueron una parte fundamental de este logro en mi vida profesional, un merecido agradecimiento a mi tutora que sin ella este trabajo no podría haber salido a flote.

Marzo 2022

DEDICATORIA

Este trabajo y mi vida entera se la dedico a mi hija Sofia que día a día me enseña cosas que nunca encontrare en ningún texto, porque me ha demostrado ser una niña muy valiente al permanecer junto a mí en esas noches largas de desvelo, además dedico este logro a mi esposa que ha permanecido en las buenas y en las malas a mi lado, se los dedico también a mis padres que serán mi más grande orgullo y ejemplo.

Marzo 2022

INDICE DE CONTENIDOS

Contenido

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
INDICE DE CONTENIDOS	viii
Índice de tablas	x
Índice de graficos	x
AGRADECIMIENTOS	vi
DEDICATORIA	vii
Resumen ejecutivo.	xi
Summary.....	xii
Introducción.....	1
CAPITULO 1. EL PROBLEMA.....	2
1.1 Tema	2
1.2 Planteamiento del problema.	2
1.2.2 Contextualización:.....	2
1.2.2 Análisis crítico.	4
1.2.4 Formulación del problema.....	5
1.2.5 Interrogantes.....	5
1.2.6 Delimitación del objeto de investigación.....	5
1.3 Justificación.	5
1.4 Objetivos.....	8
1.4.1 Objetivo general.	8
1.4.2 Objetivos específicos.....	8
Capítulo 2. Marco teórico	9
2.1. Antecedentes investigativos.	9
2.2. Fundamentación filosófica.	10
2.3. Fundamentación legal.	10
2.4. Categorías fundamentales.....	13
2.5. Hipótesis	26
2.6. señalamiento de variables.....	26
Variable independiente.....	26
Variable dependiente.....	26
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	27
3.1 Modalidad básica de la investigación	27

Enfoque investigativo.....	27
3.2. nivel o tipo de investigación.....	27
Tipo de investigación	27
Población y muestra	27
3.4. Operacionalización de variables.....	28
3.5. Plan de recolección de información:.....	29
CAPITULO 4. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	33
4.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	33
4.1.1. Caracterización de la población.....	33
Comprobación de la hipótesis.	37
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
5.1 Conclusiones.....	39
5.2 Recomendaciones.....	39
CAPITULO 6. PROPUESTA	40
6.1. Datos informativos.....	40
6.2. Antecedentes de la propuesta	40
6.3. Justificación	40
6.4. Objetivos	40
Objetivo general.....	40
6.5. Análisis de factibilidad.....	40
6.6. Fundamentación	41
Diagnóstico	41
Sistemas de control.	41
Protocolo de registro	41
Conocimiento profesional	41
6.8 Administración.....	44
Bibliografía	45
Anexos	48

Índice de tablas

Tabla N°2 Variable independiente Consumo de sustancias psicoactivas	29
Tabla N°3 Caracterización de la población	33
Tabla N°4 Prevalencia del consumo de sustancias según la edad	33
Tabla N°6 Consumo de sustancias según etnia.....	34
Tabla N°7 Funcionalidad familiar y la prevalencia del consumo de sustancias.....	35
Tabla N°8 Consumo de riesgo por sustancias.....	35
Tabla N°8 Prevalencia de consumo de sustancias según su funcionalidad familiar	36
Tabla N° 9. Tabla cruzada de Funcionalidad y consumo de sustancias.	37
Tabla N° 10 Pruebas de chi-cuadrado	37
Tabla N° 11 Estimación de odds ratio común de Mantel-Haenszel	38
6.7. Tabla N°12. Plan operativo	42

Índice de gráficos

Gráfico 1 categorías fundamentales.....	13
Grafico 2 Administración de propuesta	44

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCERA
COHORTE.

Tema:

“Funcionalidad familiar y su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la parroquia Quisapincha”.

Tutora: Dra. Esp. Cindy Grace Dávalos Barzola.

Resumen ejecutivo.

El consumo de sustancia a nivel de la población de América latina ha sufrido cambios, con el pasar de los años el porcentaje de consumo han aumentado ahora siendo mayor el consumo de sustancia psicoactivas por parte de las mujeres el consumo de marihuana incremento notablemente principalmente en países como Peru, Bolivia y Ecuador, en adolescentes al estar ellos en modificación de su comportamiento los consumos de estas sustancias logran un efecto adictivo 10 veces más. En Quisapincha existen gran consumo de alcohol por la población adolescente, además existe gran migración de la población económicamente productiva dejando familias rotas y disfuncionales. Interesa Relacionar la funcionalidad familiar al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de la parroquia Quisapincha. Realizando un estudio observacional descriptivo, transversal. (1) Aplicando el test FF SIL para determinar funcionalidad familiar y el test ASSIST para determinar riesgo de consumo de sustancia psicoactivas. En una muestra de 105 adolescentes se determinó que la disfuncionalidad familiar no tiene relación con la incidencia de consumo $\{x^2(1, N=105) = 1.414, p < 0.234\}$, pero la funcionalidad es un factor protector para el consumo de sustancias OR: 0.579. Conclusiones el consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente está en constante crecimiento, no se logró determinar si la funcionalidad familiar tiene una relación estadística con el consumo de sustancias, pero la funcionalidad familiar fue un factor protector para el consumo de sustancias, el consumo tiene igual incidencia tanto en población mestiza como indígena. Recomendaciones una intervención adecuada en el sistema de salud pueden mejorar el uso y la calidad de los servicios clínicos preventivos, es importante el control de cada población prioritaria.

Palabras Clave. FUNCIONALIDAD, FAMILIAR, SUBSTANCIAS, PSICOACTIVAS.

Summary.

The consumption of substances at the level of the population of Latin America has undergone changes, over the years the percentage of consumption has increased now, the consumption of psychoactive substances by women being greater, the consumption of marijuana increased notably, mainly in countries Like Peru, Bolivia and Ecuador, in adolescents, as they are modifying their behavior, the consumption of these substances achieves an addictive effect 10 times more. In Quisapincha there is great consumption of alcohol by the adolescent population, in addition there is great migration of the economically productive population, leaving families broken and dysfunctional. It is of interest to relate family functionality to the consumption of psychoactive substances in adolescents of the Quisapincha parish. Carrying out a descriptive, cross-sectional observational study. (1) Applying the FF SIL test to determine family functionality and the ASSIST test to determine the risk of consumption of psychoactive substances. In a sample of 105 adolescents, it was determined that family dysfunction is not related to the incidence of consumption $\chi^2(1, N = 105) = 1.414, p < 0.234$, but functionality is a protective factor for substance use OR: 0.579. Conclusions: the consumption of psychoactive substances in the adolescent population is constantly growing, it was not possible to determine whether family functionality has a statistical relationship with substance use, but family functionality was a protective factor for substance use. equal incidence in both mestizo and indigenous populations. Recommendations An adequate intervention in the health system can improve the use and quality of preventive clinical services, it is important to control each priority population.

Keywords. FUNCTIONALITY, FAMILY, SUBSTANCES, PSYCHOACTIVE.

Introducción.

Los adolescentes son un grupo vulnerable para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo para la salud; la adolescencia es la etapa del ciclo vital en que se pone a prueba la flexibilidad y adaptabilidad del sistema familiar.

La percepción que los adolescentes tienen del funcionamiento familiar influye decisivamente en las conductas de riesgo para la salud (adicciones, relaciones sexuales de riesgo, pandillerismo), las familias con adolescentes son sujetas a múltiples cambios y adaptaciones en el desempeño familiar, los roles y funciones que cada miembro desempeña son cruciales para un óptimo desarrollo del adolescente.

La percepción sobre el funcionamiento familiar puede diferir en forma considerable del punto de vista del padre a la que percibe su hijo adolescente, pues es a este último a quien afectan en forma directa los cambios físicos, psicológicos y sociales que surgen durante la etapa de la adolescencia.

Esta situación implica una crisis para el adolescente, quien al no comprender que la adolescencia es un acontecimiento vital esperado, puede interpretar estos cambios en su vida como algo negativo y sentir incomprensión por parte de sus padres. Los padres, por su parte, en ocasiones no se percatan de esta situación y perciben el funcionamiento familiar exactamente igual que cuando su hijo era niño, e incluso no reconocen que en esta etapa debe existir una reorganización de roles, mayor comunicación y tolerancia hacia su hijo adolescente, el consumo de alcohol es una práctica común entre los adolescentes, se trata de una droga legal en la que muchos de ellos buscan respuestas ante sentimientos de incomprensión por parte de sus familias decepciones amorosos o simplemente sentirse parte de un grupo social. Los padres que son inductivos y acostumbran hablar con sus hijos reducen la probabilidad de que consuman este tipo de sustancias, en el Ecuador la prevalencia de consumo ha escalado en porcentaje considerablemente en los últimos años.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1 Tema

Funcionalidad familiar y su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la parroquia Quisapincha.

1.2 Planteamiento del problema.

1.2.2 Contextualización:

En 2017, unos 271 millones de personas, es decir, el 5,5 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad, había consumido drogas en el año anterior. (2)

La adolescencia es un período de vida entre los 10 y 19 años, según lo destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el mismo los jóvenes evidencian una transformación sobre sus dimensiones físicas, sexuales, psicológicas y sociales, determinando una propia identidad. Al tratarse de un periodo de transición entre la infancia y la adultez, existen múltiples amenazas que pueden influir negativamente en el entorno familiar, escolar y social; en los que se necesita una familia bien formada que apoye en la solución de problemas: de conducta, consumo de alcohol, sustancias sujetas a fiscalización, deserción escolar; y en algunas ocasiones intentos autolíticos. (3)

El abuso de sustancias psicoactivas es un problema grave para las sociedades, pues éste no afecta únicamente al individuo que las consume sino a todos aquellos que lo rodean generan así un grave problema de salud pública. (4)

Los consumidores de alcohol, tabaco y otras drogas adquieren más probabilidades de fallecer prematuramente, debido a múltiples circunstancias, prevenibles como; la sobredosis, infecciones transmisibles como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC), morbilidad producida por el consumo de las drogas, intentos de suicidio y lesiones físicas producidas por accidentes, sobre todo los de tránsito y los producidos por violencia, entre otros.

La (OMS) reporta, que el año 2012, en la población de 15 a 64 años, la tasa de mortalidad vinculada al consumo de drogas fue de aproximadamente 40 muertes por millón. Considerar además que el consumo de sustancias psicotrópicas dentro de este grupo etario fue de 3.5% al 7.0%. (5)

Con lo que respecta al alcohol, la OMS reporta que su consumo produce 3.3 millones de muertes al año, representando el 5.9% de todas las muertes. Además, reporta que el

consumo promedio de alcohol puro en la población mundial es de aproximadamente 21.2 litros/años en los hombres y 8.9 litros/año en las mujeres. Por otra parte, se estima que el 21% de la población de 15 años o mayor consumen tabaco, considerar que la tasa de consumo en los hombres es 5 veces superior a la de las mujeres.

Según datos del Consejo Nacional de Substancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), en el año 2010, se reportaron 515 muertes atribuidas al consumo de sustancias psicotrópicas, diagnosticados y clasificadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), lo que viene a representar el 0.89% del total de muertes. Dentro de este porcentaje el alcohol es el principal causante, atribuyéndole un 97.43% de las causas. (6)

En el Ecuador, el II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, reportó que en el año 2012 el 70.4% de los estudiantes usó alcohol al menos una vez en el último año. Dentro de los consumidores, tras haber aplicado el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés) como instrumento de estudio del uso en riesgo y perjudicial de alcohol, se obtuvo que el 36.8% de ellos calificaba como consumidor de riesgo, y el 15.5% presentaba signos de dependencia.

La OMS indica que en el consumo promedio de alcohol puro en el Ecuador es de 7.1 litros/año, siendo de 11.1 litros/años en los hombres y 3.4 litros/año en las mujeres. Además, estiman que este consumo produce 4 años menos de vida en los consumidores de alcohol de nuestro país. (7)

En el mismo estudio se reportó que el consumo de tabaco es del 34.4%, siendo mayor en los hombres (47.8%) que en las mujeres (22.7%). Con lo que respecta al consumo de otras sustancias, se reportó que el 0.6% de la población universitaria utilizó benzodiacepinas (BZD) sin prescripción médica (8) el 9% consume marihuana de la cual el 26% presentan signos de abuso o dependencia, el 1.2% cocaína, 0.5% pasta de base y 0.4% anfetaminas.

En la parroquia Quisapincha el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes ha aumentado en gran medida según datos obtenidos en el diagnóstico situacional del centro de salud en el año 2019. Siendo ya un tema de preocupación en los moradores de la parroquia y del personal de salud que ahí labora. (9)

La población adolescente de la parroquia Quisapincha parece desconocer sobre las conductas de los adolescentes hoy en día se nota que hay mayor predilección por el consumo de sustancias psicoactivas haciendo un problema de salud es por esto que

es importante evaluar estas actitudes y la percepción del medio familiar en donde se desenvuelven.

1.2.2 Análisis crítico.

Actualmente, se observa cómo el seno familiar es un factor de protección preponderante y tiene un carácter social clave para el adolescente, está vinculado a la influencia que esta haya ejercido en el adolescente desde su infancia. Para que los niños y adolescentes afronten el quehacer diario en sus Instituciones Educativas es necesario que partan de la funcionalidad familiar, al ser un factor determinante en el desarrollo del aprendizaje y protector ante la aparición de conductas de riesgo o la adquisición de habilidades sociales.

Para entender aún más esta problemática, conoceremos algunos datos que nos dieron un panorama amplio de la realidad a nivel europeo, latinoamericano, nacional y local. Como por ejemplo en muchos países de Europa, se están acrecentando los divorcios por problemas en dependencia violencia intrafamiliar. Esto se corrobora con la siguiente información. El Instituto de Política Familiar a través de su Investigación Evolución de la Familia en Europa (2014).

Asimismo, en América Latina específicamente en Colombia, Higueta y Cardona (2016) los estudios sostuvieron que “el 45,5% son familias monoparentales, principalmente con ausencia del padre, el 20% de adolescentes colombianos padecen de disfuncionalidad familiar moderada”. Y aumenta los conflictos en el hogar, la ruptura familiar genera confusión a nivel estructural dentro de la familia, que va desde la jerarquía a establecer hasta los roles a ejercer, lo que hace que el adolescente tenga inconvenientes para lograr su aceptación personal y utilice sustancia que alteren la percepción de su realidad. En el ASIS 2019 del centro de salud Quisapincha solo el 30% de las familias son funcionales.

1.2.3 Prognosis

La funcionalidad familiar ha tenido modificaciones en los últimos años siendo actualmente mayor la incidencia de disfuncionalidad familiar siendo ahora mayor los problemas relacionados con esta índole, por lo que es imprescindible controlar los factores que influyen en la disfuncionalidad familiar. Al investigar este tema se puede identificar una crisis social por el desarrollo inadecuado de los adolescentes, el retraso en intervención para una prevención oportuna, y así evitar que el hábito de consumo de sustancia psicoactivas trascienda a las futuras generaciones, la tasa de deserción escolar aumentara estos individuos, además no podrán tener un trabajo estable

aumentado así la tasa de desempleo o subempleo y por la necesidad de consumir sustancias psicoactivas son propensos a cometer actos ilícitos, muy probablemente llegar a la cárcel. Y además pueden ser mala influencia para la sociedad. Colocar funcionalidad familiar.

1.2.4 Formulación del problema.

¿Cuál es relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la funcionalidad familiar en los adolescentes de la parroquia Quisapincha?

1.2.5 Interrogantes

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población adolescente estudiada?

¿Quiénes son las personas en riesgo, alta vulnerabilidad y consumidora de la población en estudio?

¿Cuál es el funcionamiento familiar en los adolescentes de la parroquia?

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y el tipo de sustancias psicoactivas consumida?

1.2.6 Delimitación del objeto de investigación

Área de investigación definida MSP: **Salud mental y trastornos de comportamiento.**

Línea de investigación atención primaria: **Estrategia para la prevención y control de hábitos nocivos tabaco, alcohol. Intervenciones para promover la salud y conductas saludables. Intervenciones en familia y comunidad.**

Línea de investigación de la Universidad Técnica Ambato: **Toxicología: agentes contaminantes y salud.**

Dentro de la Sublínea por programa de posgrado. **Hábitos y drogas ilícitas.**

De contenido Campo: **Medicina Familiar: pediatría.**

Aspecto: **Promoción y Prevención.**

Según Tiempo: **Período comprendido entre 2020 y 2021.**

Lugar: **Cantón Ambato. en la unidad educativa Quisapincha**

Personas: **Adolescentes en edades comprendidas de 15 a 19 años.**

Línea de investigación: **Promoción de la salud en adolescentes.**

1.3 Justificación.

La funcionalidad familiar incide en la conducta de los adolescentes y probablemente mantiene un vínculo con el consumo de sustancias psicoactivas, que pueden derivar a múltiples problemas, que engloban desde consumo social de sustancias hasta

incluso trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades con importantes determinantes y consecuencias psicosociales, y problemas de salud social. (5)

Se puede identificar varios tipos de consumidores, los abstinentes de por vida, los que consumen alguna vez en su vida por experimentación que son considerados como de bajo riesgo, los que consumen de manera recreativa que se considera uso riesgoso, están los que consumen de manera intensa y los que la utilizan de una manera compulsiva, la familia influye en el desarrollo de los adolescentes además se puede hacer intervenciones tempranas al ser jóvenes son susceptibles de un abordaje eficaz mediante Intervenciones calificadas, por tal motivo se debe determinar si la funcionalidad familiar influencia sobre la conducta adictiva. (10)

En Latinoamérica el consumo de drogas sigue representando un problema importante, y uno que desafía a los formuladores de políticas en los niveles más altos. La comisión interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD), de la organización de los estados americanos (OEA), (11) actúa como el principal foro del hemisferio occidental para el debate de políticas y la cooperación hemisférica en materia de drogas. El hemisferio occidental tiene una población de aproximadamente mil millones de personas, repartidos en 35 países soberanos. Los problemas de drogas en todo el hemisferio son diversos. En la población general, el consumo de cannabis está aumentando en la mayoría de los países que tienen datos de tendencias y, aproximadamente, la mitad de los países muestran aumentos en el consumo de cocaína. (3)

En la población de estudiantes de enseñanza secundaria, la mayoría de los países con datos de tendencias disponibles muestran aumentos en el consumo de cannabis.

El uso de drogas ha sido visto históricamente como un tema dominado por los hombres, pero los datos recientes muestran que, en algunos países, las mujeres están usando ciertas drogas a igual nivel o en mayor proporción que los hombres. La prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), opioides y benzodiazepinas presenta nuevos desafíos no sólo para el tratamiento de drogas, sino también para la salud pública y las políticas de drogas en general. Esto visto también en el Ecuador. (8)

Desde hace tiempo sabemos que diversos aspectos del funcionamiento familiar pueden incidir de modo importante en el consumo de drogas de los hijos tanto promoviendo la protección y resiliencia como induciendo el riesgo hacia el consumo, se han

nominado múltiples factores, pero no hay relación significativa con el abandono parental.

Según informe de la (CONSEP) en el 2019 Ambato se encuentra dentro de las 5 ciudades con mayor índice de consumo de drogas, y noveno en el consumo en adolescentes estudiantes. En las zonas rurales de la ciudad, y al no tener datos de cada parroquia nos basamos en los diagnósticos situacionales de salud.

Según el diagnóstico poblacional realizado desde enero hasta junio del 2019 se encontró que hay un 20% de familias con adolescentes que consumen algún tipo de sustancia psicoactiva y considerando que por condiciones políticas y económicas ha aumentado la migración en la última década ahora existiendo una gran cantidad de viviendas abandonadas y de familias destruidas, provocando hogares desmembrados.

(12)

Tomar en cuenta que el crecimiento, desarrollo y constitución de una persona dentro de un núcleo familiar resulta uno de los fenómenos más complejos de la vida. Cada factor del ambiente familiar (relación entre los padres como pareja y con los hijos, creencias, estilos y formas de educar, conflictos, ambiente) puede interactuar de múltiples maneras, lo cual resulta en la formación de un estilo particular de interpretar la realidad, definir quiénes somos y cómo nos relacionamos con los demás. (13).

Mcdevitt, Lennon Y Kopriva (1991), afirman que durante la niñez y adolescencia los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo de los valores sociales y en el ejemplo para adoptar actitudes prosociales y respuestas empáticas. Pons Y Buelga (1994) destacan la influencia de la familia como uno de los factores de riesgo que con más insistencia se plantea en investigaciones sobre adicciones. “la existencia de problemas de relación en la familia y sus consecuencias en el clima familiar y en diversas variables individuales de los hijos.

Según Villarreal, en relación al contexto familiar, se constata que la existencia de conflictos en la familia y una pobre interacción entre padres e hijos, una disciplina inconsistente o carencia de disciplina, unas expectativas poco claras del comportamiento de los hijos, un control o supervisión pobres, una aplicación excesiva del castigo, escasas aspiraciones acerca de la educación de los hijos, un clima familiar conflictivo, baja cohesión o vinculación emocional entre la familia, escaso apoyo de los padres predice el consumo de drogas.

Con todos estos antecedentes para el médico familiar este estudio es de vital importancia para determinar si la ausencia parental incide en el consumo de

substancias psicoactivas y de ésta manera evidenciar la magnitud del problema, sus causas y efectos, pudiendo incluso hacer promoción y prevención.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general.

Relacionar la funcionalidad familiar al consumo de substancias psicoactivas en los adolescentes de la unidad educativa Quisapincha.

1.4.2 Objetivos específicos.

1. Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Determinar la substancia psicoactiva de mayor consumo, en la población en estudio.
3. Identificar a los adolescentes con consumo de riesgo.
4. Vincular la funcionalidad familiar con el tipo de substancias psicoactivas de consumo en la población en estudio.
5. Elaborar una guía anticipatoria para adolescentes sobre el consumo de substancias psicoactivas.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos.

En un estudio realizado por: Alonso-Castillo, María Magdalena; Yañez-Lozano, Ángeles; Armendáriz-García, Nora Angélica publicado en el año 2017 en Alicante, España con el título funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria y concluyo que: la funcionalidad familiar es muy importante al afectar significativamente las conductas de los adolescentes, por lo cual el profesional de enfermería es un elemento clave para el desarrollo e implementación de intervenciones enfocadas a la familia con el objetivo brindar estrategias familiares que impacten en el bienestar holístico de estas. (14).

En otro estudio realizado por: Olivia Ruíz Martínez, Marcela Ivonne Hernández Cera, y cols, publicado en el año 2013 en la ciudad de México con el título de funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. una muestra de 150 jóvenes distribuidos en los tres grupos de comparación, quienes contestaron la escala de clima social en la familia, obteniéndose diferencias significativas entre el grupo de consumidores que delinquen y el grupo control con respecto a la cohesión y el conflicto familiar. (15).

Farah Urrutia publicado en el año 2019 por la Organización de los Estados Americanos con el título de informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019 en donde reporta un análisis que explica los datos actuales sobre el uso de drogas en el Hemisferio. Presenta información sobre las drogas más utilizadas en toda la región, organizada por grupos de drogas y por grupos de población, y destaca temas emergentes de interés para los responsables políticos y para el público en general. El Informe se basa en datos obtenidos principalmente a través de encuestas nacionales que utilizan el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), desarrollado por la Secretaría Ejecutiva de la CICAD. (3)

El Hemisferio Occidental tiene una población de aproximadamente mil millones de personas, representando a 35 países soberanos. La región es étnica, lingüística, económica y culturalmente diversa. Los problemas de drogas en todo el Hemisferio son igualmente diversos. A pesar de esta diversidad, hay una serie de temas comunes relacionados con el consumo de drogas. Se evidencia aumento significativo de la prevalencia en el consumo de drogas y alcohol. (16).

2.2. Fundamentación filosófica.

En el proceso de investigación científica al analizar las construcciones que articulan la racionalidad de los productos que, en el orden teórico y práctico, representa la verdad de los hechos, y con estos hechos nos permiten dilucidar un tema de importancia ética biológica. (17)

La base de una investigación científica se basa en los principios de la bioética la no mal eficiencia la justicia, autonomía, que deben ser respetadas y promulgadas, la finalidad de esta investigación es realizar un estudio que pueda ayudar a dilucidar un efecto que puede ser modificado. (16)

2.3. Fundamentación legal.

A partir de la nueva Constitución de 2008 se produjo una serie de reformas a nivel legislativo e institucional con una clara tendencia hacia la descriminalización de los usuarios, la proporcionalidad de las penas para delitos de drogas y una reorientación del enfoque penal hacia la salud. Del 2008 a abril de 2015 una serie de reformas concretas tomaron cuerpo.

La legislación de drogas en Ecuador era una de las más punitivas en el continente, con penas muy altas por el delito de posesión, incluso de una pequeña cantidad de drogas. Su posición geopolítica como país de tránsito de drogas, la cercanía de los países productores de cocaína, implica una fuerte incidencia de distintos tipos de actores y niveles de tráfico. Ha sido el mismo Gobierno de Ecuador quien ha iniciado esa ola de reformas, con un fuerte apoyo de la academia. (9)

La reforma arrancó en 2008, cuando la Asamblea Constituyente aprobó/ adjudicó un indulto para personas sentenciadas por haber transportado drogas, bajo ciertos criterios. Esa amnistía resultó siendo parte de un nuevo enfoque, que se refleja también en el mismo texto de la Constitución, cuyo artículo 364 establece:

Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponde desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulneran sus derechos constitucionales.

Más sobre el cambio de enfoque para las drogas en Ecuador en esta publicación de la Defensoría Pública del Ecuador: Ecuador está listo para debatir el tema drogas (3)

La Ley de Substancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Ley 108) publicada en el Registro Oficial 523 del 17 de septiembre de 1990, y enmendada en varias instancias

desde su entrada en vigor (en 1992, en 1994 y en 1997), codificada en 2004 y reformada en 2005, es la ley vigente en proceso de sustitución. Esta es la ley que regulaba la materia en el país cuyo objetivo era el de “combatir y erradicar la producción, oferta, uso indebido y tráfico ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas”. El proceso de su progresiva abolición y sustitución está en marcha.

Esta ley simbolizaba una de las legislaciones más duras de la región.

Con su promulgación desapareció el enfoque integrado de las leyes anteriores y los planes nacionales de Ecuador en relación al control y la prevención del consumo de sustancias ilícitas.

La ley 108 cambió la dirección del país en estas materias, pasando de enfocar las drogas como un tema de salud pública a darle prioridad a la aplicación de la ley. (4)

Esto no se produjo como resultado de cambios importantes en las tendencias del mercado de drogas en Ecuador, sino que fue más bien el resultado de los dictados de los tratados internacionales sobre control de drogas y la presión política, además de los nuevos flujos de fondos ofrecidos por el Gobierno estadounidense para programas de control de drogas.

Aunque los acuerdos bilaterales de cooperación antidrogas entre Estados Unidos y Ecuador usualmente se mantienen en reserva, la prensa ecuatoriana dio a conocer partes del acuerdo desarrollado en la revisión de 2003.

El acuerdo declaraba como una meta clara que Ecuador mejoraría sus acciones contra el tráfico ilegal de drogas. A cambio de financiamiento, nuevos equipos y estaciones policiales, Ecuador implementaría acciones de interceptación aérea y destruiría cultivos ilícitos y la producción de drogas ilegales (casi inexistentes) a través de operaciones militares y policiales conjuntas.

El acuerdo incluía indicadores para evaluar los resultados: la cantidad de drogas incautadas debía incrementarse en un diez por ciento; la confiscación de armamento e insumos químicos debía incrementarse en un quince por ciento; y el número de personas detenidas y de procesos judiciales por delitos relacionados con drogas debía aumentar en un doce por ciento.

Una de las contradicciones más flagrantes de la ley 108 con la Constitución ecuatoriana es la presunción de culpabilidad inherente en dicha ley. Aparte de considerar los delitos relacionados con drogas de manera diferente a otros de magnitud aparentemente similar, definiéndolos como delitos de reclusión, se presume que

quienes son acusados por delitos de drogas son culpables incluso antes de que se lleven a cabo las audiencias. Los aspectos judiciales de la Ley 108 se convirtieron en el principal instrumento que permitió a las fuerzas de seguridad ecuatorianas implementar actividades financiadas por la asistencia estadounidense para el control de drogas.

Sin embargo, la Ley 108 también fundó las bases para el desarrollo de una entidad administrativa enfocada exclusivamente en temas de drogas. Específicamente, requirió la creación del Consejo Nacional para el Control de Drogas Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, CONSEP. El establecimiento de una entidad administrativa separada para temas de control de drogas supuso un cambio significativo respecto al manejo previo de temas de drogas por parte del Gobierno ecuatoriano.

Las políticas de drogas en Ecuador están en proceso de “humanización”. La reforma del cuerpo jurídico del Ecuador se puso en marcha en 2008 con la nueva Constitución del Estado. El paso más grande para terminar con la Ley 108 de 1990 fue la presentación en octubre de 2011 ante la Asamblea Nacional del proyecto de Código Orgánico Integral Penal (COIP), que en sus artículos 219-228 sustituye la parte penal de la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Ley 108), a partir de su aprobación en febrero de 2014. (3)

El COIP estableció parámetros para reorganizar la criminalización de las actividades que siguen siendo consideradas ilícitas, con la intención de proporcionalizar los delitos y sus penas: establece una diferenciación entre grandes y pequeños traficantes; gradúa las penas en función del rol en las actas ilícitas; y distingue – a través de un sistema de umbrales, a las personas usuarias de los pequeños traficantes. A los jueces aún les cuesta aplicar la nueva normativa y el sistema de umbrales como marco referencial, y prefieren criminalizar la mera tenencia.

El cultivo de plantas con propiedades psicoactivas que son parte del sistema de control, queda prohibido solo en caso de que tenga fines comerciales. De hecho, el cultivo para consumo personal queda descriminalizado con esa disposición.

En enero de 2015 se hizo el primer debate del Proyecto de Ley Orgánica de Prevención Integral de Drogas y Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, presentado por el diputado oficialista Carlos Velasco Enríquez. En marzo de 2015, el proyecto de ley fue debatido por la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud.

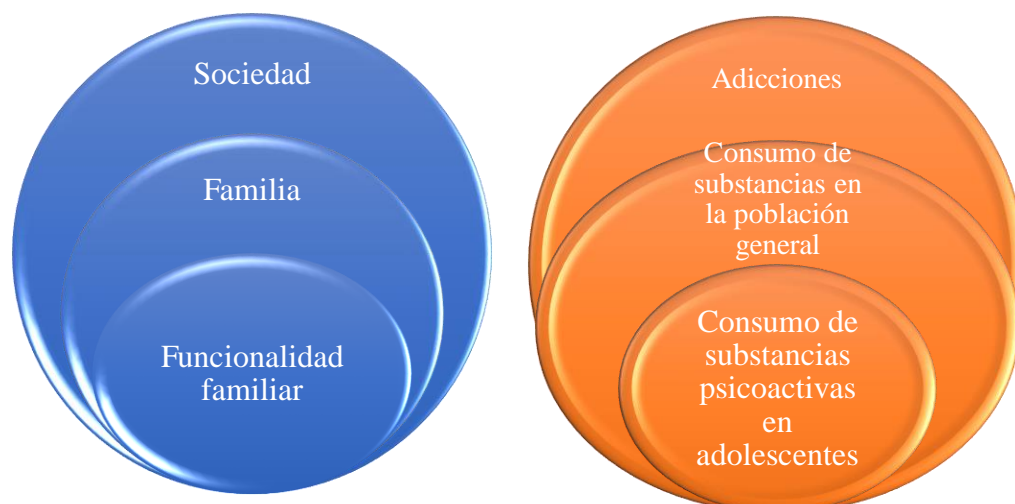
El objetivo de esta nueva Ley Orgánica, como reza su primer artículo, es el de “establecer el marco institucional en materia de drogas y sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, así como determinar las obligaciones de control y los efectos de su incumplimiento”. Con su aprobación se deroga la Ley 108.

La institucionalidad de las agencias nacionales encargadas de la ejecución de las políticas cambiaría una vez debatida en el parlamento y aprobada la ley. El CONSEP (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas), será remplazado por un Comité Interinstitucional y una Secretaría Técnica de Drogas, como nuevos entes rectores e implementadores de la ley. (18)

La Ley asienta también la base jurídica de "la clasificación de drogas y sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, para efectos de prevención y atención integral de uso y consumo". La ley entiende por drogas el alcohol, el tabaco, las sustancias clasificadas por los tratados internacionales, las sustancias de síntesis y sustancias de uso industrial (pegantes, colas etc.), y define los cinco principios rectores para la aplicación de la ley: el debido proceso; corresponsabilidad; intersectorialidad; derechos humanos; soberanía. Se espera que esta ley sea aprobada en el curso de 2015.

2.4. Categorías fundamentales

Gráfico 1 categorías fundamentales



Variable dependiente: Funcionalidad Familiar.

Sociedad Para entender a la familia se debe partir desde la sociedad que es un conjunto de seres humanos que por su interés de libertad se unieron en conjuntos de personas que al final terminan siendo compañía y apoyo en sus aspectos cotidianos

constituyéndose en su defecto en un grupo de personas que viven bajo reglas comunes de convivencia, unidas por un sentido de identidad, cohesión y compromiso moral; que definirán su forma de comportamiento su forma de vida y de sobrevivencia y de cómo deben formarse las células más pequeñas que son las familias. (19)

Familia. - Parece una deducción sencilla, de esas que todo el mundo podría definir con precisión, sin embargo, como sucede a menudo con las cosas más simples, su aparente sencillez esconde una gran complejidad. Una explicación del porqué de esta particularidad la ofrece Robert Rowland cuando señala: “es un lugar común de las ciencias sociales que el estudio de las instituciones y de los aspectos de la vida social que se encuentran en la base de nuestra propia visión del mundo es de todos el más difícil, porque en estos casos nuestras categorías parten de la realidad misma que en ellas intentamos representar. El estudio de la familia no es una excepción.

Definirla no resulta una tarea simple sobre todo si tenemos en cuenta que no existe un concepto unívoco de familia. Es decir que, a lo largo de la historia se ha dado cierta diversidad de familias humanas y factores distintos han influido en su estructura y evolución. En la actualidad, por ejemplo, estamos frente a una sociedad que como nunca antes intenta ser más inclusiva y respetuosa de las diferencias, por tanto, las alternativas que perfilan las nuevas formas familiares también son mayores.

Sin embargo, una de las pocas generalizaciones ampliamente aceptadas en el campo de las ciencias sociales es la referida a que la familia es una institución que se encuentra en todas las sociedades humanas, pero también que, en el tiempo y el espacio, ha adoptado variadas formas.

Es así que, obviando etapas anteriores, nos situamos frente a la familia monogamia, un tipo de familia formada por parientes de sangre y afinidad que son la base principal del parentesco.

“Para F. Engels, la familia monogámica fue la primera forma de familia que tuvo por base condiciones económicas y no naturales y fue, más que nada, el resultado de convertirse la familia en una unidad económica basada en la propiedad privada de un patrimonio y en la autoridad absoluta de un varón patrón.

Pero esta unión libremente consentida de dos individuos con base económica y surgida de la propiedad privada y la producción mercantil no fue exclusiva, y en la diversidad de realidades históricas, geográficas, sociales, entre otras, encontramos a la familia poligámica, que comprende la unión de un hombre con varias mujeres, la familia

nuclear-conyugal-básica (cónyuges –formales o informales– e hijos solteros) célula última sobre la que se desenvuelven las distintas formas familiares: familia extendida (con la adición de otros parientes) y familia compuesta (donde hay miembros sin relación de parentesco, por ejemplo, amigos/as). (20)

A esto habría que agregar las familias monoparentales, es decir, solo la madre (o bien el padre) con sus hijos; las familias agregadas o reconstituidas, en la que dos cónyuges divorciados y con hijos se vuelven a casar, aportando los hijos de ambos matrimonios, de estas es que proviene la figura de los padrastros o madrastras; parejas que convivirán juntas de forma esporádica, sin estar casados de forma legal y otros ensayos de nuevas formas familiares, como la familia homoparental, aquella compuesta por dos hombres o dos mujeres sin hijos, o con hijos adoptivos o biológicos de alguno de los dos.

La realidad llamada familia se proyecta en todos los órdenes de la vida humana, razón por la cual es considerada desde todas las ópticas especializadas. (17)

Sociólogos, etnólogos, antropólogos, psicólogos, pedagogos, psiquiatras, historiadores juristas, demógrafos y muchos otros especialistas verán la familia desde un punto de vista diferente y enfocarán sus problemas igualmente desde perspectivas y con finalidades distintas. Esto explica que todas las ciencias sociales pueden y deben decir algo sobre ella, pero al mismo tiempo, ninguna la abarca por completo. De todas hay que aprender sobre esta institución que es amplia y compleja.

En cualquier lugar del mundo se reconoce a la familia entre los aspectos más valorados en la vida de los individuos. Que es importante y que es nuestra mayor riqueza es un hecho, como también que:

- “La familia es la célula básica de la sociedad” (Auguste Comte, 1798-1857).
- Ha existido siempre (carácter universal e histórico).
- Es una institución permanente, con una gran capacidad de adaptación al cambio.
- Cumple importantes funciones que tienen relación directa con la preservación de la vida humana, así como con su desarrollo y bienestar: función biológica, económica, afectiva, educativa, protectora, recreativa.
- Es un grupo social.
- Se organiza de diferentes formas.
- En su papel mediador es la sociedad más cercana al individuo: sociedad-familia-individuo.

- Es la primera escuela: lenguaje, comunicación, valores, normas de conducta, derechos y deberes como persona humana.
- Espacio de apoyo al sostén social.
- “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, artículo 16, párrafo 3, 1948).

Se puede concluir diciendo que la familia es una institución que se encuentra en todas las sociedades humanas y es reconocida entre los aspectos más valorados en la vida de los individuos. Constituye el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Su desarrollo no se da por sí solo, sino que guarda una estrecha relación con la organización de la sociedad a la que representa como unidad funcional básica. Esto la hace ser distinta, en una misma sociedad, para diferentes momentos históricos.

Son muchos los organizadores sociales de la vida familiar, tales como: la cultura, la política, la religión, las ideologías de género, de clase, de raza, el medio ambiente, todos con interdependencias recíprocas, de ahí la urgente necesidad de alcanzar un consenso en torno a las relaciones entre la actividad sexual, la procreación, el matrimonio y la familia funcional. (17)

La Funcionalidad Familiar

Según (Olson, 1979, citado por Ferrer, Miscan, Pino y Pérez, 2013) señaló que: “La funcionalidad familiar es la armonía entre la cohesión y la adaptabilidad. Siendo indispensable detallar que la cohesión es el nexo afectivo que hay entre los miembros del seno familiar, así como el nivel de independencia que experimenta cada individuo dentro de la estructura familiar”. (12)

De lo expresado por el autor, diremos que la funcionalidad familiar viene hacer el equilibrio que se manifiesta en el ámbito familiar cuando los integrantes se vinculan y adaptan de forma adecuada, ocasionando que cada uno pueda actuar de manera independiente en su búsqueda de introducirse al ámbito social. Asimismo, Minuchin (1986) lo definió como la manera en que el seno familiar hace frente a los innumerables inconvenientes que se le presentan, como también la manera de adecuarse a los sucesos cambiantes y el fomento del desarrollo de cada integrante de la familia. (15)

De lo mencionado, diremos que la funcionalidad se visualizará por medio de las conductas que realizan los integrantes de una familia a fin de preservar su integridad y la de todos ante determinados sucesos que le aquejan, además de poder sobrevivir a

los cambios que se dan, siempre buscando que esto potencie el crecimiento de cada uno y el conjunto. También, Espejel (1997) señaló que la funcionalidad familiar es: “La competencia de la estructura familiar para ejecutar sus funciones fundamentales confrontando y sobrepasando todas de las etapas del ciclo vital, las dificultades que pasa, posibilitándole ver su dinámica interior en semejanza con el ámbito donde se desenvuelve. (parr.3) De lo expresado por el autor, diremos que la funcionalidad familiar es la habilidad que posee el seno familiar para cumplir sus roles y deben estar fortalecidos a fin de sobrepasar los embates que se presenten en cada etapa del ciclo vital y analizar si la dinámica que se emplea en su interna tiene congruencia con la que se empleara en la sociedad”. (7)

Por otro lado, Arévalo y De Narváez (2000) definieron a la funcionalidad familiar como una especie de procesamiento donde los integrantes, conforman una estructura activa en pos del desarrollo y progreso individual o familiar, basados en la aplicación de un sistema comunicativo adecuado, lazos emotivos, vínculos de autoridad, cualidades de moralidad, reglamentos, objetivos y propósitos; pero también con ciertas disputas y angustia. En otras palabras, la funcionalidad familiar es una etapa donde todos los aspectos de sus miembros deben estar sincronizados, haciendo de ella algo dinámico, potenciador, que goce de coherencia al expresarse, que se brinden emociones, que exista regulación de las conductas, que se impartan valores y que se luche por una meta trazada, sobrepasando las adversidades. Por último, Louro (2004) sostuvo que la funcionalidad familiar es:

“El conglomerado de vínculos de índole interpersonal que florece dentro de la familia, la cual otorga una identificación, por la cual pueda ser descrita. Es así que, la funcionalidad familiar es un sinfín de lazos emocionales que se dan entre los individuos y que parte de la interna familiar, lo que les genera una personalidad definida. Finalmente, luego de haber nombrado diversas definiciones de autores podemos concluir que la funcionalidad familiar es la aptitud de la estructura familiar para encarar y sobrepasar cada uno de los ciclos de vida y la dificultad por la que pasa, las familias en las parroquias rurales de Ambato son dependientes de la agricultura en su gran mayoría la funcionalidad familiar se ha visto afectada por la economía ineficiente de la zona lo que les ha obligado a salir de la zona haciendo que se considere múltiples tipos de familias así como la funcionalidad familiar se ha afectado en gran medida. (7)

Variable independiente: Consumo De Sustancias Psicoactivas.

El consumo de drogas en la población de adolescentes en nuestro país es una práctica en los últimos años una práctica habitual dentro de sus usos y costumbres relacionados principalmente con los tiempos y espacios de ocio, lo que se ha dado en denominar “uso recreativo”.

Sin embargo, no por este uso “festivo” están exentas de problemas y complicaciones. Las drogas actúan sobre el sistema nervioso central de los jóvenes en un momento evolutivo en el que se están produciendo cambios fundamentales en la transición a la vida adulta. La adolescencia es un momento crítico en el proceso de maduración que puede verse afectado por los efectos tóxicos de las drogas provocando problemas físicos, psíquicos y los relacionados directamente con los procesos de neuro adaptación cerebral origen de la enfermedad adictiva. La detección y tratamiento del uso y abuso de drogas pasa por ser uno de los problemas más complejos en la práctica clínica diaria más las características de la propia enfermedad adictiva, en la mayor parte de las ocasiones, la negativa del afectado y el desconocimiento o rechazo del medio familiar al problema. En el caso del paciente es frecuente escuchar afirmaciones del tipo: “en contadas ocasiones”, “como todo el mundo”; “lo tengo controlado”; “puedo dejarlo cuando quiera”; mientras por parte de los padres, ante los primeros signos y síntomas de sospecha, la respuesta más habitual es minimizar y atribuirlo a: “cosas de jóvenes, de la edad”; “la tontería, la edad del burro”; “ya se le pasará “.

El conocimiento e identificación de los signos y síntomas relacionados con el consumo de drogas es de gran utilidad para padres, profesores y médicos al permitir un diagnóstico precoz del problema y posibilitar la intervención inmediata que evite la cronificación del consumo y las complicaciones asociadas.

La Organización Mundial de la Salud define como droga “Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, por cualquiera de los medios de administración clásicos o nuevos, es capaz de modificar la actividad del sistema nervioso central y el comportamiento del individuo receptor, así como crear una situación de dependencia o adicción”

Existen múltiples sustancias que pueden ser usados como estimulantes psicóticos como son:

El alcohol

Una de las sustancias psicoactivas más comúnmente usadas en el mundo. Su uso es especialmente preocupante en las Américas, donde se estima que el consumo total per cápita es superior al promedio mundial. En los últimos cinco años se ha incrementado

la tasa de episodios de consumo excesivo, tanto en hombres como en mujeres. La última información disponible a nivel internacional indica que el alcohol estuvo relacionado con más de 300.000 muertes en las Américas; en 80.000 de ellas el consumo de alcohol fue determinante. Por otra parte, el consumo nocivo de alcohol es la causa principal de más de 200 tipos de enfermedades y lesiones, y es responsable por la muerte de millones de personas al año en todo el mundo.

El consumo de alcohol ocasiona grandes riesgos para la salud, su consumo está asociado tanto con la incidencia de enfermedades, como con diversos problemas sociales y guarda una estrecha relación con la violencia doméstica, el abandono y el abuso infantil, la delincuencia y las conductas delictivas afectando no solamente la calidad de vida de quien consume, sino del entorno familiar y social. (18)

El etanol por vía oral se absorbe en el intestino delgado y su concentración es directamente proporcional a la concentración de alcohol presente en la bebida. Las concentraciones superiores al 40 % no muestran correlación y, al contrario, ocurre el enlentecimiento de la absorción derivada de una menor velocidad de vaciamiento gástrico. Esto explica el porqué de las altas concentraciones de etanol utilizadas en el tratamiento de las intoxicaciones.

Al absorberse, se distribuyen en igual cantidad en los tejidos, con máxima concentración en los tejidos de alto contenido de grasa. La eliminación sin transformación es de aproximadamente el 2 % a través de la orina y los pulmones. La eliminación pulmonar del etanol tiene muy poco interés clínico; solo es relevante en casos de pruebas judiciales.

Metabolismo es hepático, usando 3 enzimas: la alcohol deshidrogenasa, el sistema microsomal de oxidación (citocromo P450 2E1) y la catalasa. La vía metabólica a través del alcohol deshidrogenasa es importante, en términos de explicar su utilidad en la intoxicación por otros alcoholes tóxicos, teniendo en cuenta que en estos casos actúa como inhibidor competitivo de la enzima y previene la formación de los metabolitos tóxicos. El alcohol es transformado de etanol a acetaldehído y, posteriormente, a acetato, el cual se puede utilizar, a su vez, para fabricar ácidos grasos o metabolizarlo mediante el ciclo de Krebs.

De forma aguda, el alcohol produce varios efectos negativos que podrían presentarse durante la etiloterapia: confusión, estupor, somnolencia, depresión del estado de conciencia, hipotonía e hiperreflexia, náuseas y vómito, insuficiencia cardíaca, edema

pulmonar, dificultad respiratoria, oliguria, dolor abdominal, necrosis tubular aguda, hematuria, proteinuria e insuficiencia renal, todos dosis dependiente.

Tabaco Y Nuevos Productos De Nicotina

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco mata a más de la mitad de sus usuarios y más de siete millones de personas anualmente. En los últimos años ha habido un aumento en el uso de nuevos productos de nicotina a nivel mundial, tales como cigarrillos electrónicos.

El control del tabaco en las Américas sigue guiándose por el Convenio Marco de la OMS para el Control Mundial del Tabaco (CMCT) que entró en vigor en 2005. El CMCT incluye seis diferentes intervenciones que se consideran las más importantes y eficaces para controlar el tabaco. Estas estrategias son conocidas por su sigla en inglés MPOWER:

- Monitorear las políticas de uso y prevención del tabaco
 - Proteger a las personas del humo de tabaco
 - Ofrecer ayuda para dejar de fumar
 - Advertir sobre los peligros del tabaco
 - Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
 - Aumentar los impuestos al tabaco
- El CMCT fue reforzado recientemente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la Estrategia y Plan de Acción para Fortalecer el Control del Tabaco en la Región de las Américas 2018-2022. Esta estrategia responde a una conocida falta de uniformidad en la implementación de las medidas del CMCT en las Américas, así como a una reducción en su nivel de implementación. La estrategia propone las siguientes cuatro líneas de acción:
- Implementación de medidas para la creación de ambientes completamente libres de humo y la adopción de medidas efectivas en el empaque y etiquetado de productos de tabaco como prioridad.
 - Implementación de una prohibición oficial a la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y la adopción de medidas para reducir su disponibilidad.
 - Ratificación del CMCT y su Protocolo para eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco, por parte de los Estados Miembros que aún no lo hayan hecho.
 - Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros en materia de políticas de salud pública para contrarrestar los intentos de injerencia de la industria tabacalera y de quienes trabajan para promover sus intereses.

Las características cambiantes de consumo de tabaco y las nuevas estrategias diseñadas para controlarlo brindarán abundantes oportunidades ahora y en el futuro para la vigilancia de consumo de tabaco, sus consecuencias y el impacto de las políticas ahora impuestas. (18)

Cannabis

Los patrones del consumo de cannabis han estado evolucionando rápidamente en todo el Hemisferio Occidental. Según el Informe sobre Uso de Drogas en las Américas 2015, la marihuana aumentó entre los estudiantes de enseñanza secundaria en varios países de América Latina y el Caribe. Información más reciente de todo el Hemisferio muestra que el consumo de marihuana ha aumentado en ocho de los once países que tienen datos de tendencias para estudiantes de enseñanza secundaria. Del mismo modo, el consumo de marihuana aumentó en la población general en al menos seis de los siete países que proporcionaron estos datos. Junto a tales aumentos, también se observa el consumo de marihuana a edades cada vez más tempranas, mientras que la percepción general del riesgo asociada al consumo está disminuyendo. En cuatro países del Hemisferio, al menos el 20% de los alumnos de 8° grado ha consumido marihuana en algún momento de sus vidas.

Se están empezando a observar otros cambios en la forma en que se usa el cannabis. El uso de marihuana se ha vuelto más común en América del Norte. Aunque esta práctica aún no se ha observado en los estudios de América Latina o el Caribe, los Estados Miembros de la OEA están registrando que el cannabis se puede consumir en una mayor variedad de formas de las que se han practicado en el pasado. A medida que cambien las políticas y los hábitos de consumo, las encuestas deberán adaptarse a estas nuevas realidades, formulando preguntas adicionales sobre la frecuencia y la intensidad del uso. La prevalencia del consumo durante último mes ya no puede ser una medida adecuada del uso actual, tomando en cuenta que actualmente el 40% de los usuarios durante el último mes en los Estados Unidos informan que usan cannabis diariamente o casi todos los días.²⁶ Esto también puede requerir la actualización de los métodos de recopilación de datos en toda la región, para reflejar mejor los tipos y las modalidades de uso.

Finalmente, la introducción de cannabinoides sintéticos también aporta más complejidad al tema del consumo de cannabis.

Las razones de estos cambios no están claras. Los mensajes sobre el consumo de marihuana pueden ser un problema tanto para jóvenes como para adultos. Si bien la

marihuana medicinal se comercializa cada vez más como segura y saludable, los riesgos y las consecuencias de su uso a largo plazo y otras formas de cannabis podrían no estar claras para el público en general. Aunque algunos podrían señalar los cambios en la política del cannabis como una razón en la modificación del consumo, los datos indicaron que es difícil confirmar dicha relación. (18)

Inhalables:

Los inhalables son sustancias psicoactivas que producen gases químicos cuyo consumo produce efectos de alteración mental. La definición de inhalables es problemática en la investigación sobre drogas, incluye una amplia gama de sustancias químicas con diversos grados de efectos psicoactivos y farmacológicos. Esta variedad de productos/sustancias plantea retos para la investigación sobre su uso, las motivaciones para su consumo, los comportamientos asociados y los daños que puede ocasionar a las personas.

Se identifican cuatro clases de inhalables: solventes, aerosoles, gases y nitritos, y los inhalables generalmente contienen varias combinaciones de estos. Los solventes son líquidos industriales o caseros que se vaporizan a temperatura ambiente, incluyendo solventes o removedores de pintura, tolueno, colas y correctores líquidos. Los aerosoles son un tipo de spray que contienen propulsores y disolventes, utilizados en productos comunes tales como los desodorantes y aerosoles de cocina. Los gases se encuentran en productos caseros o comerciales, como butano y propano, y también se utilizan como anestésicos con propósitos médicos. Los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual y se venden comercialmente como “poppers”.

Muchos inhalables son elementos comunes en los hogares y son fáciles de obtener. Si bien los inhalables no son ilícitos, se estudian con parámetros similares a los de las drogas ilícitas por su alto nivel adictivo y por estar asociadas al policonsumo junto con otras drogas. A pesar de que los inhalables son sustancias no controladas, existen intentos de minimizar o controlar la disponibilidad de los mismos.

El uso de inhalables es común en muchos países de todo el mundo, tanto en las poblaciones en mayor riesgo social, como en la población general; sin embargo, existe una gran diversidad entre países y dentro de cada país en el tipo de inhalables usados, las poblaciones a las que pertenecen los usuarios y la nomenclatura utilizada para identificar a las sustancias. Es importante tener en cuenta esta diversidad en los

patrones de uso y en la identificación de sustancias al comparar resultados entre países. (18)

Cocaínas.

En este capítulo se informa sobre la prevalencia de consumo de algunas sustancias o drogas que contienen el alcaloide cocaína, extraído de las hojas del arbusto de la coca del género *Erythroxylum*. Estas sustancias incluyen clorhidrato de cocaína (referida como cocaína en este informe), pasta base de cocaína (PBC), base libre y crack. Estas drogas se producen a partir de la hoja de coca, pero se diferencian por el proceso de elaboración y por la forma en que se consumen. La cocaína se suele esnifar, inhalar y también se puede disolver en agua e inyectar; sin embargo, la cocaína en su forma de polvo tiene un alto punto de fusión y no se puede fumar. La PBC, la base libre y el crack son formas fumables de cocaína. Las sustancias tipo cocaínas fumables se derivan de la hoja de coca y, cuando se procesan químicamente, tienen un bajo punto de fusión y se pueden volatilizar por calentamiento. Estas tres drogas pueden tener diferentes mercados, formas de tráfico y microtráfico, y patrones de consumo, todo lo cual puede variar según la forma en que se adulteren o corten.

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos, la cocaína es un estimulante altamente adictivo que tiene un efecto directo en el cerebro. Las hojas de coca, a partir de las cuales se produce la cocaína, se han consumido durante miles de años, mientras que la sustancia química pura, el clorhidrato de cocaína, se ha utilizado durante más de cien años. La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso central. Actúa sobre el núcleo accumbens, conocido como el centro de placer y ubicado en el mesencéfalo, aumentando la acumulación de dopamina en la sinapsis, responsable del efecto placentero y de euforia (el efecto buscado por el usuario).

Si bien la cocaína y sus derivados son algunas de las drogas más utilizadas en América del Sur, también son algunas de las sustancias más adulteradas. Los adulterantes son sustancias químicas que tienen alguna propiedad farmacológica similar a la droga de abuso y se agregan para potenciar su efecto. En algunos casos, los adulterantes pueden ser más peligrosos que la propia droga de abuso. En el caso de la cocaína, los adulterantes más comunes en América Latina son la cafeína, la lidocaína y el levamisol. Por otro lado, los agentes de corte generalmente no tienen propiedades farmacológicas significativas y se usan para agregar volumen a la dosis a medida que

se vende. Por lo general, tienen el mismo aspecto, color o textura que la droga con que se mezclan.

Si bien se suele suponer que los agentes de corte son inertes por sí solos, pueden provocar que el organismo de una persona reaccione a la droga de manera diferente, aumentando la naturaleza adictiva de la droga o su toxicidad.

Estimulantes De Tipo Anfetamínico.

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son las drogas sintéticas más utilizadas en todo el mundo.

Este grupo de sustancias incluye al éxtasis y las anfetaminas, el último grupo compuesto por anfetamina y metanfetamina.

Los ETA ocupan un lugar destacado en los mercados de drogas ilícitas en América del Norte y América Central. Existe una creciente preocupación por el consumo de metanfetamina en los Estados Unidos y Canadá, junto con las indicaciones de la expansión de la fabricación de anfetamina y el aumento de las incautaciones en partes de América Central. El aumento de los datos sobre incautaciones muestra que los mercados para los estimulantes de tipo anfetamínico han aumentado un 22% en los últimos tres años, y la metanfetamina representa al menos las tres cuartas partes del total. Las cantidades de anfetaminas incautadas también aumentaron substancialmente entre 2013 y 2015, lo que representa alrededor del 25% del total de incautaciones de ETA en América del Norte y América Central; sin embargo, las incautaciones de sustancias tipo éxtasis representaron solo una porción relativamente pequeña de la cantidad total de estimulantes de tipo anfetamínico incautados en la subregión.

Uso no prescrito de medicamentos de prescripción controlada.

El consumo de medicamentos de prescripción controlada (MPC), tanto con y sin prescripción, se está expandiendo. En un gran número de países de las Américas los MPC usados sin prescripción médica son las sustancias controladas que más utilizan los estudiantes de enseñanza secundaria, después del alcohol y la marihuana. Los estudios en poblaciones adultas han investigado los patrones de uso de estos medicamentos, especialmente los tranquilizantes, determinando que la prescripción profesional de medicamentos para el tratamiento es el punto de inicio del consumo, seguido a menudo por la automedicación. La amplia disponibilidad y la falta de control de muchos medicamentos fomentan la expansión de su consumo problemático.

Aunque las muertes debidas a otras drogas han seguido aumentando, los MPC son responsables de más muertes en América del Norte que cualquier otra categoría de drogas. (18) (10)

Nuevas sustancias psicoactivas.

El mercado de las drogas ilícitas se ha caracterizado por la aparición de varias nuevas sustancias que a menudo tienen propiedades químicas o farmacológicas similares a las sustancias controladas internacionalmente. En un esfuerzo por promover una terminología común para identificarlas, UNODC utiliza únicamente el término “nuevas sustancias psicoactivas” (NSP), definidas como “sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparado, que no son controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, ni por el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que pueden suponer una amenaza para la salud pública”. El término “nuevas” no se refiere necesariamente a nuevas invenciones varias NSP fueron sintetizadas por primera vez hace 40 años sino que son sustancias que han aparecido recientemente en el mercado y que no han sido incorporadas en las convenciones mencionadas. (8)

Como se mencionó, las NSP pueden ser categorizadas en términos de similitud en la estructura química o por sus principales efectos farmacológicos. Del mismo modo, es importante considerar que la semejanza en la estructura química no siempre genera los mismos efectos farmacológicos, así como un similar efecto farmacológico puede ser producido por NSP de estructura química diferente, provocando diferentes efectos toxicológicos en los usuarios.

Una de las principales características del mercado de NSP es la aparición de un gran número de nuevas sustancias de diferentes grupos químicos. Comercializadas de diferentes formas, las NSP a menudo surgen rápidamente y desaparecen de la misma manera, mientras que otras son utilizadas regularmente por pequeños grupos de consumidores.

Las nuevas, adulteradas y falsificadas sustancias complican aún más el mercado de NSP. Por ejemplo, los análisis químicos de muestras de drogas en Colombia indicaron que las sustancias reportadas como dietilamida del ácido lisérgico (LSD) son en realidad un tipo de NSP del grupo de las feniletilaminas llamada NBoMe.

El cannabis puede ser fácilmente contaminado o reemplazado con cannabinoides sintéticos, mientras que las drogas tradicionales como la cocaína también son

fácilmente adulteradas con sustancias tóxicas. También hay frecuentes entrecruzamientos entre NSP y MPC. En América del Norte los opioides y las benzodiazepinas muchas veces se adulteran con fentanilo o NSP, con resultados nocivos. A menudo los usuarios no saben que están usando una droga falsificada o adulterada que produce reacciones tóxicas, sobredosis y muertes. Para ello la creación de sistemas de alerta temprana de drogas (EWS, por su sigla en inglés), específicamente para detectar NSP, es una de las herramientas más efectivas disponibles para abordar el aumento repentino de las mismas.

La mayoría de los Estados Miembros de la OEA no tienen datos sobre NSP o no han informado sobre ellos. (18)

Adicciones: No todos quienes usan drogas se vuelven adictos. El cuerpo y cerebro de cada persona es diferente, por lo que su reacción a las drogas también puede ser diferente. Algunas personas pueden volverse adictas rápidamente, o puede ocurrir con el tiempo. Otras personas nunca se vuelven adictas. Que alguien se vuelva adicto o no depende de muchas cosas, incluyendo factores genéticos, ambientales y del desarrollo. (21)

2.5. Hipótesis

Hipótesis nula (H0) La funcionalidad familiar no influye directamente en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

Hipótesis alterna (H1) La funcionalidad familiar influye directamente en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

2.6. Señalamiento de variables

Variable independiente consumo de sustancias psicoactivas.

Variable dependiente funcionalidad familiar.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Modalidad básica de la investigación

Enfoque investigativo

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo porque se basa en conjuntos de conceptos secuenciales y sujetos a comprobación, estimara la magnitud de ambos fenómenos y su relación, tratando así de probar una hipótesis, los datos obtenidos serán procesados por métodos estadísticos intentando encontrar regularidades y eventos causales entre las dos variables pudiendo ser replicable la información. (1)

3.2. Nivel o tipo de investigación.

Tipo de investigación

Este es un estudio observacional por que no se modificara las variables y refleja la evolución natural de los eventos, descriptivo al existir estudios anteriores, prospectivo por que los datos recogen a propósito de la investigación, transversal porque solo se medirá las dos variables en una sola ocasión y analítico porque existen dos variables que se están investigando y se hará una validación de hipótesis tratando de asociar los factores. (1) Como instrumento de evaluación se usaron el Test FF SIL para determinar funcionalidad familiar y el test ASISST para determinar consumo de riesgo de substancia psicoactivas.

Población y muestra

MUESTRA

La muestra se obtuvo de una población de 140 adolescentes el tamaño de la muestra fue calculado teniendo en cuenta que es un estudio cuantitativo con un intervalo de confianza de 95 % y un error del 0.05%. (22), (1).

$$\text{Muestra} = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

N = población 140

Z = 95%, entonces, 95% entre 2 = 47.5% entre 100 = 0.475 = Z = 1.96.

E = 5%, entonces, 5% entre 100 = 0.05.

P = 50%, entonces; 50% entre 100 = 0.5.

Q = 50%, entonces; 50% entre 100 = 0.5.

$$n = \frac{Z^2(P)(Q)(N)}{(N - 1) E^2 + Z^2 P \cdot Q}$$
$$n = \frac{1.96^2(0.5)(0.5)(140)}{(140 - 1)(0.05)^2 + 1.96^2(0.5)(0.5)} = 110.14$$

La muestra tomada mediante un muestreo probabilístico aleatorizado sistematizado por tanto hombres como mujeres están en porcentajes similares como en la población en estudio y en la muestra. (22), Se usó la fórmula para calcular el intervalo de selección, cuyo símbolo es “k” es:

$$k = \frac{N}{n}$$

N: número de elementos de la población

n: número de elementos de la muestra

Los criterios de inclusión: el pertenecer a la parroquia Quisapincha, la voluntad de los jóvenes de ser parte del estudio y contar con la autorización previa de sus representantes legales que estén estudiando en las instituciones educativas de la comunidad Quisapincha.

Criterio de exclusión: adolescentes menores de 14 años, adolescentes que presenten discapacidad mental, adolescentes que consuman medicamentos psicoactivos de manera medicada habitual.

Una vez aplicado estos criterios se eliminaron 5 personas que no cumplieron con la variante edad, dejando una muestra de 105 adolescentes.

3.4. Operacionalización de variables.

Tabla N°1 Variable independiente Funcionamiento Familiar:				
Dimensión	Indicador	Escala	Ítems	Instrumento
Funcionamiento familiar	Test FF-SIL del Funcionamiento familiar	Funcional (70 a 57) puntos Moderadamente funcional (56 a 43 puntos) Disfuncional (42 a 28 puntos) Severamente disfuncional (27 a 14 puntos)	Preguntas.	Cuestionario estructurado

Elaborado por Dario Achachi.

Fuente de información: test FF-sil

Tabla N°2 Variable independiente Consumo de sustancias psicoactivas:				
Dimensión	Indicador	Escala	Ítems	Instrumento
Tipo de sustancia que consume.	Identifica la sustancia consumida a lo largo de la vida	Sí. No.	Pregunta 1	Test ASSIST
Tipo de consumo de sustancias	Identifica el consumo de sustancias como factor de riesgo	Consumo Riesgo bajo Consumo Riesgo moderado. Consumo Riesgo alto	Preguntas desde la 2 hasta la 7	Test ASSIST.

Elaborado por Darío Achachi.

Fuente de información: test ASSIST

3.5. Plan de recolección de información:

Se recolecto la información de los estudiantes adolescentes de la unidad educativa Quisapincha una sola intervención, mediante la aplicación del test FFSIL y del test ASSIST, mediante plataformas digitales google forms y plataforma zoom, considerando la restricción de movilidad y aglomeraciones dispuesta por autoridades ecuatorianas en respuesta a la pandemia de la covid 19, la información obtenida en la investigación se procesó mediante Microsoft, Excel 2016, además se consideró necesario la utilización del sistema estadístico IBM SPSS versión 22, para correlacionar información y comprobar si existe relación entre las variables propuestas.

Técnicas e Instrumentos de recolección:

Test ffsil.

Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL elaborado por Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. (1999). Este instrumento te podrá dar algunas pistas para centrar la problemática dentro un sistema familiar.

Funcionamiento Familiar

El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de 7 categorías. (23)

Categorías

- **Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. (14)

Sobre el Cuestionario

Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo 2 a cada uno de las 7 variables que mide este cuestionario. (23)

Nº de Situaciones	Variables que mide
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos:

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi Nunca	1 pto.
Pocas Veces	2 ptos.
A veces	3 ptos.
Muchas veces	4 ptos.
Casi Siempre	5 ptos.

Instrucciones

Cada una de las 14 situaciones que les son presentadas al usuario, debe ser respondida a con una X en la escala de valores cualitativas, según la percepción que tenga como miembro de la familia.

Resultados

Una vez que se haya realizado el cuestionario se procederá a sumar los puntos, lo cual determinará en que categoría se encuentra el funcionamiento familiar:

Funcionalidad familiar de 17 a 17 puntos.

familia moderadamente funcional 56 a 43.

Familia disfuncional de 42 a 28 puntos.

Familia severamente disfuncional de 27 a 14 puntos

Tipo de Familia

- **Familia Funcional:** Una familia funcional o moderadamente funcional, se caracterizan por ser cohesionadas con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Familia disfuncional:** Es un espacio donde no se valora al otro, se apoyó no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, pudiendo generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida. (4)

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Es una prueba que permite una detección de personas en riesgo mediante de pruebas de tamizaje logrando una intervención Breve para apoyar la reducción del riesgo en personas identificadas y al identificarlas derivar los casos con alto riesgo hacia centros especializados, para Evaluación y Tratamiento.

Este prueba involucra una valoración de:

- Alcohol (alcohol)
- Smoking (tabaco)
- Substance (sustancia)
- Involvement (intervención)
- Screening (detectar)
- TEST

Manteniendo las características de ser Válida y confiable, de ámbito relevante a nivel transcultural, identifica el nivel de riesgo para diferentes sustancias se puede usar en ambientes no especializados. Siendo muy rápida de aplicar en un tiempo de aplicación: 5 a 15 min. (6)

Consta de 8 preguntas para explorar 6 áreas:

- a) Uso de sustancias a lo largo de la vida
- b) Uso de sustancias durante los últimos tres meses
- c) Problemas relacionados con el consumo
- d) Riesgo actual de presentar problemas en el futuro
- e) Posibilidad de dependencia
- f) Uso de drogas por vía intravenosa.

Pudiendo de aplicada por profesionales de la Salud (APS) a personas que mantengas contacto con personas en riesgo. Se puede realizar en clínicas o consultorios de atención primaria, salas de urgencias, clínicas o consultorios de salud mental.

Los componentes son

Hoja de apoyo para el paciente

Formulario impreso de la prueba de detección ASSIST

Hoja de retroalimentación del paciente.

La calificación se obtiene sumando los puntajes de las preguntas, de la 2 a la 7, reportando un puntaje final para cada una de las sustancias. (6)

3.6. Procedimiento para levantamiento o recolección de información.

Para iniciar el levantamiento y recolección de la información se determinó a los 105 participantes que fueron parte de la muestra, y en función a lo planificado de realizo lo siguiente:

- Se revisó los datos de la unidad educativa Quisapincha de los estudiantes del bachillerato.
- Al identificar la muestra exacta se procedió a elaborar los archivos digitales para su aplicación.
- Se organiza reunión con director de unidad educativa `para solicitar autorización.
- Se realiza socialización virtual del tema de investigación y se envía consentimiento informado.
- Se aplicó el test de funcionalidad familiar y test assist en una misma ocasión para evitar sesgo.
- Se analiza la situación de los adolescentes, tanto en su funcionalidad familiar como en el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.
- Se analizó los datos obtenidos en el levantamiento de la información.
- Para finalizar se interpretó los datos y se correlaciono las variables del estudio.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

4.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1.1. Caracterización de la población.

Tabla N°3 Caracterización de la población

	f=105	Porcentaje
Auto identificación	Indígena	65,7
	Mestizo	34,3
Género	Hombre	38,1
	Mujer	61,9
Edad	15 años	2,9
	16 años	26,7
	17 años	52,4
	18 años	16,2
	19 años	1,9

Fuente entrevista.

Elaborado por Achachi 2021.

Análisis e interpretación

Un total de 105 (f) adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión el 65,7% fue población indígena, en su mayoría con el 61,9% fueron mujeres, en un rango de edad de 15 a 19 años siendo más representativo la edad de 17 años con el 52,4%.

Tabla N°4 Prevalencia del consumo de sustancias según la edad.

Prevalencia del consumo de sustancias según la edad			
		Ha consumido sustancias.	
		No	Si
15 años	Numero	1	2
	% dentro de la Edad	33,30	66,70
	% del total	1,00	1,90
16 años	Numero	20	8
	% dentro de Edad	71,40	28,60
	% del total	19,00	7,60
17 años	Numero	24	31
	% dentro de la Edad	43,60	56,40
	% del total	22,90	29,50
18 años	Numero	7	10
	% dentro de Edad	41,20	58,80
	% del total	6,70	9,50
19 años	Numero	2	0
	% dentro de Edad	100,00	0,00
	% del total	1,90	0,00
Total	Numero	54	51
	% dentro del total	51,40	48,60

Fuente: encuesta

Elaborado por Achachi 2021.

Análisis e interpretación.

La población que no consume sustancias representa en 51,4% del total, la mayor parte de la población tiene 17 años, además es la edad con más consumidores con un 29,5% de la población total, los únicos que tuvieron menor incidencia de consumo fueron los de 19 años. concuerda con un informe publicado en el 2019 que menciona que el uso de cualquier sustancia psicoactiva, incluidos el alcohol y el tabaco, entre los estudiantes de enseñanza secundaria, debe ser motivo de preocupación debiendo realizar intervenciones preventivas a partir de la primera infancia. En un estudio del 2018 se determinó que la edad de inicio de consumo fue a los 13,3 años. (24)

Tabla N°5 Prevalencia de consumo de sustancias según el genero

		Ha consumido sustancias.		Total
		No	Si	
Hombre	Numero	12	28	40
	% dentro de Genero	30,0	70,0	100,0
	% de f	11,4	26,7	38,1
Mujer	Numero	42	23	65
	% dentro de Genero	64,6	35,4	100,0
	% de f	40,0	21,9	61,9

Fuente encuesta.

Elaborado por Achachi 2021.

Análisis e interpretación.

La población con mayor prevalencia de consumo fue masculina, representando el 26.7% de la población total y el 70% dentro del género masculino, concordando con un estudio realizado en Perú en el 2020 por el observatorio peruano de drogas, que reporta una tendencia de consumo significativa en los adolescentes masculinos con un 19,5% (25), pero difiere con el informe de consumo de drogas en las Américas emitido en el 2019 que muestra predominio de consumo del sexo femenino en los últimos años. (26).

Tabla N°6 Consumo de sustancias según etnia

		Ha consumido sustancias.		
		No	Si	
Indígena	Numero	35	34	
	% dentro de Auto identificación	50,70	49,30	
	% dentro de f	33,3	32,3	
Mestizo	Numero	19	17	
	% dentro de Auto identificación	52,80	47,20	
	% dentro de f	17,6	16,1	

Fuente encuesta.

Elaborado por Achachi 2021.

Análisis e interpretación.

La mayor parte de la población fue indígena con el 65.7% dentro de esta población el consumo fue del 49.30%, en comparación al 47.2% de la etnia mestiza, no se observa gran diferencia entre etnias en relación al consumo de sustancias. En comparación con un estudio realizado en México por Leticia Vega en el 2015, en donde evidencio

que la población indígena consume sustancias psicoactivas en mayor cantidad que en años anteriores, (27) en un estudio colombiano realizado por Adriana Pedroza en el 2021 informa que la población adolescente indígena en Colombia muestra una incidencia de consumo del 61%. (28)

Tabla N°7 Funcionalidad familiar y la prevalencia del consumo de sustancias.

Funcionalidad	Consumidor		No consumidor		Total	
	Numero	% *f	Numero	%**f	Numero	% de f
Funcional	10	19,6	16	29,6	26	24,8
Moderadamente Funcional	33	64,7	30	55,6	63	60
Disfuncional	8	15,7	8	14,8	16	15,2
Total	*f =51	100	**f= 54	100	f= 105	100

*f: población consumidora.

**f: población no consumidora

Fuente entrevista.

Elaborado por Achachi 2021.

Análisis e interpretación.

El 60 % de los adolescentes provienen de una familia moderadamente funcional, el 24,8% pertenecen a una familia funcional, el 15,2%, pertenece a una familia disfuncional, el 64,7% de consumidores pertenecen a una familia moderadamente funcional, el 15,7% de consumidores pertenecen a una familia disfuncional, el 55,6% de no consumidores pertenecen a una familia moderadamente funcional, el 29,6% de no consumidores pertenecen a una familia funcional. Comparado con un estudio realizado por Omayck Fernando Valarezo-Bravo en Loja Ecuador en el año 2020, evidencia una asociación significativa entre la percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de drogas, El odds ratio determino que las posibilidades de consumo de estudiantes con percepción de la función familiar baja son 2.58, veces más altas. (29), en otro estudio realizado por Ana Olivia Ruíz Martínez en lima Perú en el 2014, evidencio que existe relación entre la disfuncionalidad familiar y el consumo de sustancias, en una población adolescente. (30), en otro estudio realizado por Luis David Ruiz Morales, en Peru, en el 2017, concluye que existe un relación significativa entre la disfuncionalidad familiar, y el consumo de sustancias psicoactivas. (31).

Tabla N°8 Consumo de riesgo por sustancias

Sustancia	Población consumidora %	Numero	Consumo de Riesgo		
			% riesgo bajo	% riesgo moderado	% riesgo alto
Tabaco	43	22	36,4	63,6	0,0
Alcohol	86	44	59,1	18,2	22,7
Cannabis	14	7	42,9	57,1	0,0
Cocaína	8	4	0,0	75,0	25,0
Anfetaminas	5	3	33,3	66,7	0,0
Inhalantes	10	5	60,0	40,0	0,0
Sedantes	14	7	57,1	42,9	0,0
Alucinógenos	6	3	66,7	33,3	0,0
Opiáceos	4	2	0,0	100	0,0
Otras Sustancias	12	6	50,0	50,0	0,0

Fuente base de datos
Elaborado por Achachi 2021.

Análisis e interpretación.

La sustancia más consumida fue el alcohol, representado el 86% de las sustancias consumidas, el 22,7% tienen consumo de alto riesgo, dentro de las sustancias ilegales tanto el cannabis como los sedantes tienen igual incidencia de consumo, siendo mayor el consumo de riesgo para el cannabis, comparado con un estudio realizado a una población universitaria en Colombia con una edad media de 20 años se determinó que el consumo de alcohol era el más representativo, y el consumo de cannabis dentro de las drogas ilícitas. (2), en un estudio realizado en la unión europea por V Cerdeño, en el 2021, identifica que la sustancia psicoactiva más consumida es el alcohol, seguido por el cannabis, la de menor consumo es la heroína. (32), en un artículo publicado en buenos aires argentina en el año 2017 por el ministerio de salud muestra la prevalencia de consumo en primer lugar el alcohol, con el 13,2%. Lo siguen los psicofármacos, 2,0%, la marihuana 1,4% y la cocaína 0,6%. Que guardan relación con nuestro estudio. (33)

Tabla N°8 Prevalencia de consumo de sustancias según su funcionalidad familiar.

Sustancia	F	Funcional		Moderadamente Funcional		Disfuncional	
		% De F	Consumidores	% De F	Consumidores	% De F	Consumidores
Tabaco	22	9,1	2	68,2	15	22,7	5
Alcohol	44	22,7	10	65,9	29	11,4	5
Cannabis	7	0,0	0	71,4	5	28,6	2
Cocaína	4	0,0	0	25,0	1	75,0	3
Anfetaminas	3	0,0	0	33,3	1	66,7	2
Inhalantes	5	0,0	0	60,0	3	40,0	2
Sedantes	7	0,0	0	85,7	6	14,3	1
Alucinógenos	3	0,0	0	33,3	1	66,7	2
Opiáceos	2	0,0	0	0,0	0	100	2
Otras	6	0,0	0	50	3	50	3
Substancias							

Fuente SPSS

Elaborado por Achachi 2021.

Análisis e interpretación.

En lo concerniente al funcionamiento familiar desde la percepción de los adolescentes y la tendencia de los consumidores se observa que los consumidores de tabaco el 68,2% pertenece a una familia moderadamente funcional, el 22,7% pertenecen a una familia disfuncional, dentro del consumo de alcohol tenemos que la mayor parte pertenece a una familia moderadamente funcional, además se observa que la mayor parte de consumidores se encuentran dentro de una familia moderadamente funcional. Concordando con un estudio realizado en Colombia sobre la proporción de funcionalidad familiar, pero por otro lado con diferencias entre el funcionamiento familiar con la incidencia de consumo de alcohol, no obstante, la funcionalidad familiar se cataloga como factor protector para consumo de riesgo. Además Concuerda con los resultados de esta investigación. (23), en un estudio realizado en México en el

estado de Puebla por Tania Judiht Trujillo en el 2017, demuestra que no existe relación entre la disfuncionalidad familiar y el consumo de sustancias. (34) en una tesis publicada por Karina Marcela Pinos en Cuernavaca en el 2017, identifica que si existe relación de disfuncionalidad familiar y la incidencia de consumo de drogas ilícitas. (35).

Comprobación de la hipótesis.

Tabla N° 9. Tabla cruzada de Funcionalidad y consumo de sustancias.

		Ha consumido sustancias.		Total
		No	si	
Funcionalidad	No	38	41	79
	Si	16	10	26
Total		54	51	105

Fuente SPSS

Elaborado por Achachi 2021.

Análisis e interpretación.

Dentro de las frecuencias de aparición de resultados tenemos que 41 persona que consumieron sustancias no pertenecen a una familia funcional. Mientras 38 personas que no consumieron sustancias también pertenecen a una familia disfuncional. En familias funcionales 16 no consumen sustancias y 10 si las consumen.

Tabla N° 10 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significació n exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1,414 ^a	1	,234		
Corrección de continuidad ^b	,927	1	,336		
Razón de verosimilitud	1,425	1	,233		
Prueba exacta de Fisher				,265	,168
N de casos válidos	105				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,63.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente SPSS

Elaborado por Achachi 2021.

Análisis e interpretación.

La prueba X^2 detecta si existe asociación significativa entre las variables, en este estudio no existe una relación estadísticamente significativa entre el hecho de disfuncionalidad familiar y el consumo de sustancia psicoactivas. $\{x^2(1, N=105) = 1.414, p < 0.234\}$. Con esta estimación se valida la hipótesis nula.

Tabla N° 11 Estimación de odds ratio común de Mantel-Haenszel

Estimación			,579
ln(Estimación)			-,546
Error estándar de ln(Estimación)			,462
Sig. asintótica (2 caras)			,237
95% de intervalo de confianza asintótico	Odds ratio común	Límite inferior	,234
		Límite superior	1,432
	ln(odds ratio común)	Límite inferior	-1,451
		Límite superior	,359

Fuente SPSS

Elaborado por Achachi 2021.

Análisis e interpretación

En este estudio se ha obtenido un valor de $OR = 0.579$, lo que determina que la funcionalidad familiar es un factor protector para el consumo de sustancias.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- No se encontró una relación estímicamente significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas y la funcionalidad familiar, debido a que existe porcentajes similares de consumidores en familias funcionales y disfuncionales. Sin embargo, la funcionalidad familiar demostró ser un factor protector para el consumo de sustancias.
- En su mayoría fueron adolescentes de 17 años de edad, indígenas, mujeres, todos pertenecientes a la parroquia Quisapincha.
- Los adolescentes con consumo de riesgo moderado y alto, fueron de 17 años, etnia indígena, hombres, pertenecientes a una familia moderadamente funcional y disfuncional.
- La sustancia psicoactiva de mayor consumo fue el alcohol, 1 de cada 4 tenían consumo de alto riesgo, dentro de las sustancias ilegales, el cannabis como los sedantes tienen igual porcentaje de consumo, pero el cannabis con mayor consumo de riesgo, pudiendo tener relación con implementación de leyes permisivas con respecto a la tenencia lícita de drogas, mostrando similitud en la tendencia de consumo en Latinoamérica.
- La percepción de funcionalidad familiar para los adolescentes mayormente, fue funcionalidad moderada, seguida de familias funcionales y en tercer lugar de disfuncionalidad familiar, la mayor parte de consumidores, están dentro de una familia moderadamente funcional, las familias disfuncionales tienen un pequeño porcentaje de consumidores, pero con consumidores de riesgo.

5.2 Recomendaciones.

- Las intervenciones oportunas del sistema de atención de salud, mejoraran el acceso y la calidad de los servicios clínicos preventivos, es importante el control de cada grupo prioritario, mejorar las condiciones de vida de la población, brindar salud equitativa con énfasis en la población indígena que es la que más carencias ha mostrado a lo largo de la historia.
- La creación de una guía anticipatoria, y su correcta aplicación a una población en riesgo hará que la función de un médico de atención primaria este cubierta. La prevención en salud se sirve de la mejor herramienta, la educación es allí donde debemos trabajar.

CAPÍTULO VI. PROPUESTA

6.1. Datos informativos

Realizar una guía anticipatoria para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de la unidad educativa Quisapincha

Autor: Md. Darío Xavier Achachi Meléndez.

C.I. 1804327045

Dirección: Parroquia Izamba - Ambato - Tungurahua

Teléfono: 0995260563

e-mail: darioachachi@gmail.com

Tutora: Dra. Esp. Cindy Grace Dávalos.

6.2. Antecedentes de la propuesta

En el estudio se buscó relacionar si los consumos de sustancias psicoactivas en adolescentes tenían relación con la funcionalidad familiar, en la parroquia Quisapincha los reportes anuales del centro de salud, ha mostrado una tendencia de los adolescentes a consumir sustancias psicoactivas, siendo un problema inicialmente familiar, comunitario, social y de salud, que necesita ser tratado lo más pronto posible. En estudios latinoamericanos mencionan que el consumo de sustancias en cualquier proporción en los adolescentes es motivo de alerta sanitaria.

6.3. Justificación

El consumo de sustancias psicoactivas en la unidad educativa de la parroquia Quisapincha es una realidad, en este estudio corroboramos que existe un 48.6% de la población adolescente es consumidora de alguna sustancia psicoactiva, teniendo ya algunos adolescentes un consumo de riesgo, lo que indicaría que pudiera haber disfuncionalidad familiar por esta causa, en este estudio se obtuvo un dato importante que la funcionalidad familiar es un factor protector para el consumo de sustancias.

6.4. Objetivos

Objetivo general.

Elaborar una guía anticipatoria para prevención de consumo de sustancias destinada a la población adolescente consumidora y no consumidora de la parroquia Quisapincha.

Objetivos específicos

1. Crear un protocolo que permita dar un seguimiento a los pacientes a los que se aplica la guía anticipatoria.
2. Elaborar un sistema de control periódico de riesgo de consumo de sustancias aplicando el test ASSIST trimestral.
3. Actualizar los conocimientos de los profesionales de salud para el manejo y diagnóstico de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

6.5. Análisis de factibilidad

La realización de la propuesta es factible debido a que para el diagnóstico de consumidores y no consumidores se necesita la aplicación de escalas de fácil manejo, como lo es el test ASSIST para la identificación de adolescentes en consumo de riesgo y el funcionamiento familiar con el test ff Sil, para que sea derivado de una manera precoz a profesionales de salud, siendo imperativo recalcar que en el Centro de Salud tipo B de Quisapincha existe el personal adecuado y necesario para manejar este tipo de patologías, ya que cuenta con Psicólogo, Médico Familiar y la posibilidad de derivación a Psiquiatría.

6.6. Fundamentación

Diagnóstico

El diagnóstico oportuno del riesgo de consumo de adolescentes por parte de los profesionales de salud permite que el consumo de una sustancia en un adolescente solo sea un consumo casual, que impida llegar a un consumo de riesgo. El diagnóstico se lo puede realizar con la aplicación del test ASSIST que permite dar un diagnóstico crítico y estratificado de consumo de riesgo de sustancias psicoactivas, siendo las complicaciones de dependencia las más significativas en este ámbito.

Sistemas de control.

A través de una correcta identificación de adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas, permitirá realizar seguimiento control, y tratamiento de la población para limitar las complicaciones mediatas e inmediatas del consumo, esto podemos realizarlo al aplicar test de riesgo de consumo de sustancias (ASSIST) de manera seriada cada 3 meses, con esto se podrá verificar la eficacia de nuestra intervención.

Protocolo de registro

Se debe implementar la creación de una matriz que nos permita identificar si la guía anticipatoria, el diagnóstico, manejo, e intervención en el consumo de sustancias es el correcto, el cual tenga los siguientes ítems: edad de paciente, residencia, funcionalidad familiar, sintomatologías, resultados tras la aplicación del test ASSIST, la escala de funcionalidad familiar FF-Sil. Diagnóstico número de controles, referencia a psiquiatría y diagnóstico final además se debe llenar adecuadamente la historia clínica del adolescente.

Conocimiento profesional

El profesional del área de salud que trabaja en Centro de salud tipo A de Quisapincha tiene las herramientas necesarias para detectar diagnosticar adolescentes que presenten consumo de sustancias psicoactivas, siendo indispensable una actualización de conocimientos de acuerdo a estatutos nacionales, artículos científicos médicos de interés, guías de práctica clínica, que permitan dar una atención eficaz a la población mediante intervenciones efectivas a los adolescentes tanto del club de adolescentes y en las unidades educativas de la parroquia

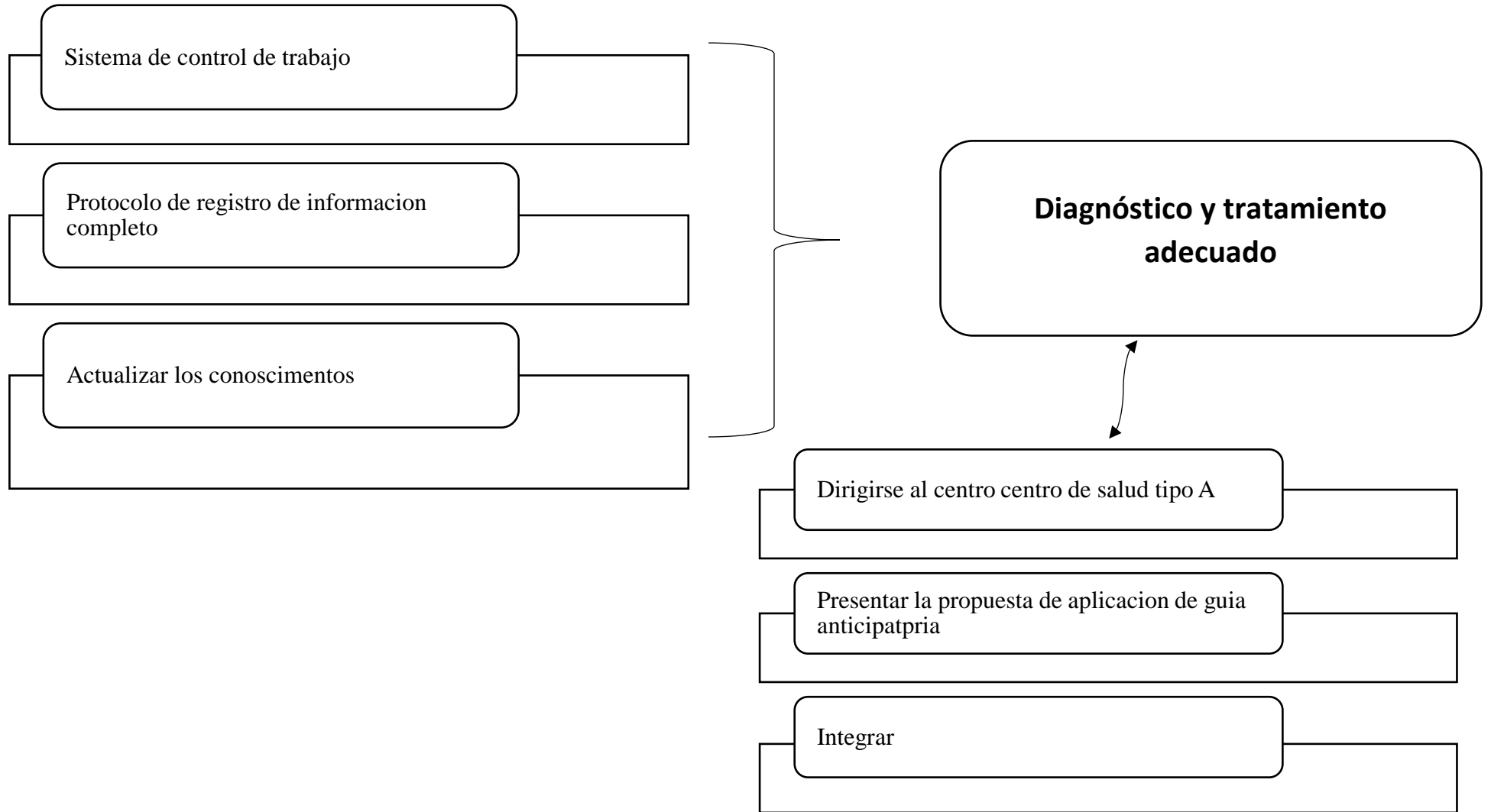
6.7. Tabla N°12. Plan operativo

FASES	METAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLE	RESULTADOS
DIAGNOSTICO ADECUADO	Dar un diagnóstico oportuno de consumo de sustancias psicoactivas en la población que pertenezca al Centro de salud tipo A de Quisapincha, para su correcto manejo.	<p>Prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> -Brindar charlas informativas sobre la importancia de identificar y tratar factores de riesgo para evitar en el furo la aparición de dependencia en el consumo de sustancias. <p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Test ASSIST. -Escala de FF-sil <p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia psicológica. -Seguimiento por medicina familiar. -Tratamiento farmacológico psiquiatría. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tiempo de aplicación de la escala de Test ASSIST y escala de FF-sil, 10 a 15 minutos. - Tiempo que dura la consulta de Medicina Familiar, entre 20 minutos a 1 hora. - Tiempo que dura la consulta con psicología entre 30 minutos a 1 hora. 	Profesional de salud: Medico rural, médico general, médico familiar, psicología y psiquiatría.	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico precoz. -Seguimiento adecuado. -Manejo y tratamiento oportuno.
SISTEMA DE CONTROL DE TRABAJO	Mediante una correcta identificación de adolescentes con consumo de sustancias y la	<p>Variable que se busca controlar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento del adolescente. Diagnóstico adecuado. 	En cada valoración los pertinente será entre 15 a 20 minutos	Profesional de salud y docentes	<ul style="list-style-type: none"> -Desempeño del personal de salud adecuado. Correcto manejo y diagnóstico del adolescente.

	<p>creación de una matriz se podrá evidenciar la variación de los niveles de consumo de riesgo, tras una intervención. Además se podrá evaluar el accionar del personal de salud</p>	<p>Aparición de complicaciones Evaluación de la intervención con la guía anticipatoria. Valoración del adolescente después de la terapia. Tratamiento adecuado. Los profesionales de salud llenaran la historia del adolescentes.</p>			
Actualización de conocimientos	<p>Actualización de conocimientos. De acuerdo a guías clínicas artículos científicos médicos, de interés que permitan dar tratamiento eficiente y oportuno a los adolescentes</p>	<p>Estudio de guías clínicas que traten sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes. Lectura crítica de artículos legales y médicos que hablen del consumo de sustancias en adolescentes</p>	<p>Charlas educativas al personal de salud y de la unidad educativa que duren unas 2 horas a la semana</p>	<p>Profesional de salud y docentes</p>	<p>Conocer adecuadamente información sobre diagnóstico y tratamiento y detección del consumo de sustancias.</p>

6.8 Administración.

Grafico 2 Administración de propuesta



Bibliografía

1. Dr Roberto Hernandez Sampieri. metodología de la investigacion. En Chacon JM, editor. metodología de la investigacion. mexico: mc Graw Hill; 2010. p. 34- 343.
2. Alonso-Castillo MM, Yañez-Lozano Á, Armendáriz-García N. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. Salud y Drogas. 2017; 17(núm. 1, 2017, pp. 87-96).
3. publica mds. Atencion integral sobre el consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Quito: ministerio de salud publica.
4. Alonso-Castillo MM, Yañez-Lozano Á, Armendáriz-García N. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE. Instituto de Investigación de Drogodependencias. 2017.
5. Norma C. Aguirre-Guiza OBAPCPB. Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. Revista de Salud Pública. 2017.
6. salud omdl. test assist. Argentina : organizacion mundial de la salud , salud.
7. Ana Olivia Ruíz Martínez* mihc. funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. Universidad Autónoma del Estado de México. 2012.
8. Intergeneracional cnpli. la niñes y la adolescencia en el ecuador contemporaneo. quito:, SALUD.
9. Espinoza dv. sexagésima segunda sesión de la comisión de estupefacientes. viena: ministerio de salud , SALUD.
10. Alfonzo DL. Prueba de deteccion de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST. OPS. 2012.
11. OEA. informe sobre el consumo de drogras en las americas. CICAD, SALUD.
12. centro de salud Quisapincha. diagnostico de salud. ambato: msp, salud.
13. Saenz M. El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y en las hijas. lima:, AEFEEA.
14. Castro dcz. funcionalidad familiar y personalidad eficaz en estudiantes de quinto año de secundaria de dos instituciones educativas del distrito de surco. 2019.
15. García MBFyHD. Funcionalidad familiar y habilidades sociales en estudiantes. Universidad Nacional de San Luis, Argentina. 2011;(11).
16. Tania Judith Trujillo-Guerrero *EVCJACS. Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. ATEM FAM. 2017.
17. Dr. C. Rafael C. Izaguirre-Remón PTUdG. Los Fundamentos Filosóficos De La Investigación Científica y Su Papel Espitemologico. Revista científico - educacional de la provincia Granma. 2018; 14(1).

18. secretaria tecnica de drogas. costo del fenomeno de las drogas 2015. Quito: secretaria tecnica de drogas.
19. Moreira ME. ¿que es la sociedad? biblioteca virtual universal. 2019.
20. Pérez MEB. La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. <http://www.novpob.uh.cu>. 2017.
21. NIH: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Consumo de drogas y la adicción. medlineplus. 2021; 2(1).
22. Tamara Otzen cM. tecnicas de muestreo sobre una poblacion a estudio. temuco: universidad de Tarapaca, arica Chile, departamento de cirugia, universidad de la frontera, temuco, chile.35(1):227-323,2017.
23. CadenaCherrez ja. influencia de los factores de riesgo de los familiares en la gravedad del consumo de drogras en los adolescentes de la cominidad terapeutica "luis Amigo". tesis. quito: universidad central del ecuador , carrera de psicologia.
24. Alma Delia Santiago Mijangos MdCPTF. conductas de riesgo y dinamica familiar del adolescente y la de sus padres. Hacia Promoc. 2018; 24(17-31).
25. observatorio peruano de drogas. comisión nacional para el desarrollo y vida sin drogas (devida) lp. consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos. rev peru med exp salud publica. 2020; 37(1).
26. OEA CICAD. Informe sobre el consumo de drogas en las Americas. Organización de los Estados Americanos. ed. Americanos. OdIE, editor. Washington: OEA; 2019.
27. Leticia Vega RGJV. estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena residente y originaria de la ciudad de México. salud secretaria de mexico. 2015; 978.
28. Adriana Pedroza-Buitrago AB. Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas de los adolescentes de un territorio indígena en la Amazonía colombiana. Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas de los adolescentes de un territorio indígena en la Amazonía colombiana. 2021; 0754(34).
29. Omayck Fernando Valarezo-Bravo RFEC. La percepción de la función familiar como influencia en el consumo de sustancias psicoactivas. CEDAMAZ. 2020; 10(2).
30. Ana Olivia Ruíz Martínez* MIHCPJdJMAyMDLVS. Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. Liberabit. 2014; 1729(4827).
31. Luis David Ruiz Morales MGH. Funcionamiento familiar y factores de riesgo de consumo de drogas en adolescentes de un Centro Juvenil Penitenciario. Revista Científica PAIAN. 2017; 8(2).
32. Cerdeño V. New tendencies in the use of drugs. AE TOX revista de toxicologia. 2021; 38(2).

33. argentina mdspd. impacto en poblacion jovenes tendencia del consumo de drogas. UBA. 2021; 29-34(53).
34. Trujillo-Guerrero. TJ. Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. ATEM FAM. 2016; 23(3).
35. Pinos KM. La Familia Disfuncional Como Factor De Riesgo En El Consumo De Drogas En Adolescentes. Universidad De Cuenca. 2017.
36. Pelayo BEEM. Funcionalidad familiar y habilidades sociales en estudiantes. tesis. lima peru., posgrados.

Anexos

Anexo 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

COORDINACIÓN DE POSGRADOS

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio de investigación es dirigido por la Dra Esp Cindy Grace Dávalos Barzola, y es realizada por Md Darío Xavier Achachi Meléndez, estudiante del posgrado de medicina familiar y comunitaria tercera cohorte.

El Objetivo de la presente investigación es Relacionar la funcionalidad familiar al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de la parroquia Quisapincha.

Estimado Usuario, antes de iniciar su participación, Ud. Debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

Información del estudio

Riesgos del estudio. - La integridad de su salud estará garantizada, porque no existe algún agente que pueda afectar su estado emocional o daño físico alguno.

Beneficios. - La información obtenida, después de su participación será utilizada en beneficio de la comunidad, puesto que con los resultados obtenidos del estudio podremos elaborar una guía anticipatoria para padres maestros y adolescentes permitiendo una detección oportuna de factores de riesgo para desarrollar adicciones.

Confidencialidad. - La información que se recogerá será de uso personal, garantizando su integridad, guardando total confidencialidad de los datos proporcionados.

Participación. - Su participación es totalmente voluntaria por lo que Ud. estará libre de decidir si participar en el estudio o no. Además, debo manifestar que Ud. es libre de retirarse del estudio en el momento que desee, sin ningún inconveniente.

Publicaciones. - Se aspira realizar publicaciones científicas, pero no se expondrá su identidad.

Responsabilidad del Investigador. La participación en este estudio, no genera responsabilidades por parte del investigador, referente a proporcionar atención médica especializada, tratamiento farmacológico, o compensaciones económicas, o de otra naturaleza al participante.

Responsabilidades del participante. - La participación en este estudio no genera responsabilidad alguna, por parte del participante, una vez leído y firmado el consentimiento informado.

Preguntas .- Si tiene alguna duda acerca de la presente investigación , favor comunicarse al 0995260563_ o al correo dachachi9632@uta.edu.ec . Perteneciente a medico Dario Xavier Achachi Meléndez.

Anexo 2

A continuación, se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

	SITUACIÓN	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Las decisiones importantes se toman en conjunto.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté recargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por toda la familia.					
14	Nos demostramos tenemos.					

Gracias por su colaboración.

Anexo 3.

Test ASSIST.

PREGUNTA 1 A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	SI
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	SI
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	SI
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	SI
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	SI
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	SI
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	SI
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	SI
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	SI
j Otras, especifique: _____	No	SI
Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"		Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6
Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.					
Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.					

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

PREGUNTA 7 ¿Ha Intentado <i>alguna vez</i> reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 8 ¿<i>Alguna vez</i> ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			