

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

ADICCIONES A DROGAS LEGALES Y SU RELACIÓN CON
MODELOS FAMILIARES EN LOS ESTUDIANTES
DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA - 2017

TESIS

Presentada por:

Bach. Gladys Maldonado Chambilla

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

**ADICCIONES A DROGAS LEGALES Y SU RELACIÓN CON MODELOS
FAMILIARES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ,
TACNA - 2017**

TESIS

Presentada por:

BACH. GLADYS MALDONADO CHAMBILLA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobado por: UNANIMIDAD ante el siguiente jurado



Dra. Victoria Nora Vela Paz de Córdova
PRESIDENTA



Dra. Ruth Rosario Salinas Lunario
VOCAL



Dra. María Soledad Porras Roque
SECRETARIA



Lic. Jenny Concepción Mendoza Rosado
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios por ser mi roca fuerte, quien iluminó mi camino y guió en el desarrollo de esta hermosa profesión de Enfermería, para servir al prójimo con el ejemplo primero y luego recibir.

A mis padres y mejores amigos Alfredo Maldonado Roque y Tomasa Chambilla Asensio, quienes me apoyaron siempre en los momentos complicados y felices de mi vida, logrando así vencer las desdichas y forjar mi camino.

Y a mis amistades por brindarme su apoyo incondicional en los momentos que más los necesité.

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, al personal docente y administrativo por sus enseñanzas y apoyo en mi formación profesional.

A mi asesora, Lic. Jenny Mendoza Rosado, docentes y estadístico, Dr. Ángel Cristóbal Mamani Callacondo, por el apoyo y orientación en la realización del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.	Descripción del problema	01
1.2.	Formulación del problema	10
1.3.	Objetivos	11
1.4.	Justificación	11
1.5.	Formulación de la hipótesis	13
1.6.	Operacionalización de variables	13

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la investigación	16
2.2.	Bases teóricas	20
2.3.	Definición conceptual de términos	43

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	Método, tipo y diseño de investigación	45
3.2.	Población, muestra y muestreo	45
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.4.	Procedimientos de recolección de datos	57

3.5. Plan de procesamiento y análisis de datos	58
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS	
4.1. Resultados (tablas y gráficos)	59
4.2. Discusión.....	79
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla N° 01	Adicción al alcohol en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	60
Tabla N° 02	Adicción al tabaco en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	62
Tabla N° 03	Modelos familiares según dimensiones en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	64
Tabla N° 04	Funciones de la familia según el APGAR familiar en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	67
Tabla N° 05	Modelos familiares según dimensión del funcionamiento familiar en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	69
Tabla N° 06	Modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	71

Tabla N° 07	Relación entre adicciones a drogas legales y modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna – 2017.	73
-------------	---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico N° 01	Adicción al alcohol en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	61
Gráfico N° 02	Adicción al tabaco en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	63
Gráfico N° 03	Modelos familiares según dimensiones en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	66
Gráfico N° 04	Funciones de la familia según el APGAR familiar en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	68
Gráfico N° 05	Modelos familiares según dimensión del funcionamiento familiar en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	70
Gráfico N° 06	Modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.	72

Gráfico N° 07	Relación entre adicciones a drogas legales y modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna – 2017	75
---------------	--	----

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo: Analizar la relación entre las adicciones a drogas legales y modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017. Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, de corte transversal, la muestra fue de 270 estudiantes adolescentes, obtenida a través de muestreo probabilístico aleatorio estratificado, se aplicó como instrumentos los Test de Audit y Test de Fagerstrom (modificado por la investigadora) y el cuestionario de identificación del modelo familiar (creado por la investigadora). Los resultados indican que los estudiantes que provienen de modelos familiares ideales no presentan adicción al alcohol con el 33% (89 estudiantes) y presentan dependencia muy baja al tabaco con el 23% (61 estudiantes); los estudiantes que provienen de modelos familiares regulares no presentan problemas de adicción al alcohol con el 56% (152 estudiantes) y presentan dependencia muy baja al tabaco con el 31% (85 estudiantes); así mismo los estudiantes que provienen de modelos familiares no ideales presentan probable dependencia al alcohol con el 4% (11 estudiantes) y presentan dependencia moderada al tabaco con el 3% (7 estudiantes).

Palabras Clave: Modelos familiares, adicciones, drogas legales, estudiantes adolescentes.

ABSTRACT

The present investigation has like objective: To analyze the relation between the addictions to legal drugs and familiar models in students of the I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017. It is a quantitative descriptive, cross-sectional study, the sample was of 270 adolescent students, obtained through stratified random probabilistic sampling, the Fagerstrom Test and Audit Test were applied as instruments (modified by the researcher) and the questionnaire to identify the family model (created by the researcher). The results indicate that students who come from ideal family models do not have alcohol addiction with 33% (89 students) and have very low dependence on tobacco with 23% (61 students); the students who come from regular family models do not present problems of alcohol addiction with 56% (152 students) and have very low dependence on tobacco with 31% (85 students); Likewise, students who come from non-ideal family models have probable dependence on alcohol with 4% (11 students) and moderate dependence on tobacco with 3% (7 students).

Keywords: Family models, addictions, legal drugs, teenage students

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada: Adicciones a drogas legales en relación con modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna – 2017, tiene como objetivo: Analizar la relación entre las adicciones a drogas legales y modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna – 2017, con el propósito que los resultados del estudio promuevan una cultura preventiva en la población y se interiorice en posteriores estudios de tipo cualitativo.

El consumo de alcohol y tabaco considerados drogas legales en el Perú, es un problema de salud pública a nivel mundial, no solo por su elevado consumo en países en vías de desarrollo, sino también por las repercusiones sociales y económicas que esta tiene, y lo más alarmante es su incidencia en población joven y adolescente, cada vez a menor edad.

Los modelos familiares son considerados de fundamental importancia por ser la primera escuela de aprendizaje y adopción de comportamientos de los estudiantes adolescentes; actualmente las familias viven una crisis de valores; la falta de comunicación, afecto, confianza, y apoyo entre padres e hijos; las infidelidades, peleas y divorcios de los padres, imposibilita que cumpla las funciones que corresponden como familia; generando inestabilidad emocional y social, refugiándose el estudiante adolescente en personas ajenas, buscando la felicidad que no encuentran en casa y sometiéndose a situaciones de riesgo; lamentablemente el Perú es un país en vías de desarrollo que aún cuenta con población analfabeta,

y que en su mayoría no responden a la exigencia de ser padres.

La investigación está constituida por los siguientes capítulos: el primero presenta el planteamiento del problema, donde encontraremos los fundamentos y formulación del problema, los objetivos, la justificación, la formulación de la hipótesis y la operacionalización de variables; en el capítulo II, se desarrolla el marco teórico, incluyendo los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y definición conceptual de términos; en el capítulo III, se encuentra la metodología de la investigación, donde se desarrolla el método, tipo y diseño de investigación, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos, además de los procedimientos de recolección de datos y plan de procesamiento y análisis de los mismos; por último, en el capítulo IV, de los resultados, se muestra los resultados y la discusión; finalmente encontraremos las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos del trabajo de investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

A medida que pasan los años, se acrecenta las cifras de estudiantes adolescentes con dependencia a las drogas legales, considerado una problemática de salud pública, estas conductas son favorecidas o no por el modelo familiar en el cual está inmerso, es decir, el tipo de familia según su estructura, estilo de crianza, grado de instrucción de los padres y el funcionamiento familiar.

La edad de inicio de consumo de estas drogas legales es cada vez a menor edad, y la notoria incorporación de las mujeres adolescentes es aún más preocupante. Si bien el alcohol y el tabaco llegan a tener los indicadores más altos de consumo, el fenómeno del policonsumo de drogas, o consumo simultáneo o secuencial de una o más drogas, está llegando a tener notable presencia.

Los modelos familiares, determinan la proclividad a ciertos factores de riesgo; o por el contrario, pueden contribuir al empoderamiento psicológico, emocional, conductual y desarrollo de una buena calidad de vínculos paternos y del sistema familiar. Un considerable número de investigaciones sostienen que durante la niñez y adolescencia los padres de familia juegan un papel fundamental en el desarrollo de los valores

sociales y el fomento de la adopción de actitudes pro sociales y estilos de vida saludables (1).

El consumo de alcohol, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015, es responsable de 3,3 millones de muertes en el mundo, lo que representa el 5,9% de defunciones y el causante de 200 enfermedades y trastornos; provoca el 25% de defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana en el grupo etáreo de 20 a 39 años (2). Y, en el año 2017 publicó que América Latina y el Caribe son las regiones donde se consume una media de 8,4 litros de alcohol puro al año por persona, cifra que supera en 2,2 litros el promedio mundial; la lista de los países latinoamericanos está encabezada por Chile, con un consumo de 9,6 litros de alcohol puro per cápita, seguido de Argentina con un consumo de 9,3 litros de alcohol puro per cápita, Venezuela con 8,9 litros de alcohol puro per cápita, Paraguay con 8,8 litros de alcohol puro per cápita, Brasil con 8,7 litros de alcohol puro per cápita, Perú con 8,1 litros de alcohol puro per cápita, Panamá con 8 litros de alcohol puro per cápita, Uruguay con 7,6 litros de alcohol puro per cápita, Ecuador con 7,2 litros de alcohol puro per cápita y México con 7,2 litros de alcohol puro per cápita (3).

En cuanto al consumo de tabaco, la OMS, afirma que entre los países latinoamericanos, en el año 2012, en el Perú, el cigarrillo era la segunda droga más consumida por la población después del alcohol y que cada día 44 peruanos mueren por enfermedades relacionados al consumo de tabaco (4); en el año 2017 publicó, que el tabaco mata cada año a más de 7 millones de personas, de las cuales más de 6 millones son consumidores del producto y alrededor de 890 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios (5); y se

estima, que para el año 2030, el tabaco será la causa principal de muerte y discapacidad en todo el mundo, con más de 10 millones de víctimas mortales al año (6).

El Departamento de Justicia de los Estados Unidos, en el 2015, sostiene que en Estados Unidos, la familia está pasando por una crisis nunca antes vivida, el 50% de los matrimonios terminan en divorcio, el promedio de un matrimonio actual es de solamente siete años, el 75% de las personas divorciadas se vuelven a casar pero el 66% se vuelve a divorciar, el 50% de las familias corresponde a segundas uniones, el 50% de los 60 millones de niños menores de 13 años viven con uno solo de su padres biológicos y/o con la nueva pareja y que existe impacto psicológico y emocional en los niños que viven en hogares conflictivos, separados o violentos (8), por lo tanto, se asume que en un hogar donde prima la violencia, no existe un estilo de crianza favorable y funcionamiento familiar saludable, por lo que, son considerados modelos de familia no ideales para el crecimiento y desarrollo del niño y/o adolescente.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México, en el año 2015, afirma que el 69,7% de familias según su estructura son nucleares, el 27,9% son ampliados y el 1% son compuestos (9); así mismo la terapeuta y psicóloga, García O. (10), afirma que en México “4 de 10 familias con dos o más hijos son disfuncionales”; una de las funciones más importantes de la familia, es brindar seguridad para tomar sus propias decisiones, que está relacionado con un estilo de crianza democrático, lo cual no existe en las familias disfuncionales, conllevando al adolescente a optar una actitud sumisa y ser fácilmente influenciable por conductas de riesgo.

En un análisis realizado en el 2016 por la OMS, se comprobó que casi el 30% de las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida (7); este análisis es considerado importante para la presente investigación porque los niños que crecen en familias con violencia (modelos familiares no ideales) sufren trastornos conductuales y emocionales; y en la adolescencia son propensos a repetir estos actos violentos además de consumir sustancias psicoactivas como son las drogas; el adolescente que goza bienestar físico, social y psicológico en su primer grupo social “familia” vive feliz.

En el Perú, en el 2014, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), confirma que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los y las escolares; iniciándose su consumo a los 10 años (11), y en el 2016 la edad de inicio en el consumo de alcohol disminuye a los 8 y 9 años en varones y mujeres, los colegios femeninos ocupan los mayores porcentajes con el 21,8%; seguidamente los colegios mixtos con el 19,5%; mientras que en colegios de varones la cifra solo llega al 18,7%, el 40% de los adolescentes encuestados refirió que se inició en el consumo de alcohol entre los 11 y 13 años, con sus propios padres o familiares (12).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en una Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en Perú, en el 2014, informó que el 66,9% de personas de 15 y más años de edad consumieron alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, de los cuales el 76,2% son procedentes de Lima Metropolitana, 70,5% del resto de la costa, 57% de la sierra y 60% de la selva; el 71,8% son del área urbana y el 51,9% son del área rural. En el 2015 el porcentaje de personas que consumieron

alguna bebida alcohólica alguna vez descendió a 64,2%, de los cuales los 75,2% son procedentes de Lima Metropolitana, 69,2% del resto de la costa, 53,9% de la sierra y 60,2% de la selva; 70,7% son del área urbana y 51,7% son del área rural. Y en el 2016 el porcentaje de personas que consumieron alguna bebida alcohólica alguna vez ascendió a 66,4%, de los cuales los 76,1% son procedentes de Lima Metropolitana, 72,2% del resto de la costa, 56,4% de la sierra y 63,4% de la selva; 72,81% son del área urbana y 54,6% son del área rural (13).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en una Encuesta demográfica y de Salud Familiar (ENDES), afirma que en el 2014, el 20,3% de personas de 15 y más años de edad fumaron en los últimos 12 meses al menos un cigarrillo, de los cuales 33,9% fueron varones y 8,6% mujeres; el 24,7% procedentes de Lima Metropolitana, 17,9% del resto de la costa, 17,2% de la sierra y 22,1% de la selva. En el 2015, el porcentaje de personas de 15 y más años que fumaron en los últimos 12 meses al menos un cigarrillo descendió al 19,8%, de los cuales 33,4% son varones y 6,9% son mujeres; 24,4% son procedentes de Lima Metropolitana, 17,5% del resto de la costa, 16,9% de la sierra y 22,6% de la selva. Y en el 2016 el porcentaje de personas de 15 y más años que fumaron en los últimos 12 meses al menos un cigarrillo descendió al 19,0%, de los cuales el 31,8% son varones al 31,8% y 6,9% son mujeres; 23,0% son procedentes de Lima Metropolitana, 17,0% del resto de la costa, 15,8% de la sierra y 22,9% de la selva (13).

En el Perú, en el 2015, la Comisión Nacional para el desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), confirman que los consumidores de tabaco en el Perú superan los 2 millones 500 mil personas. De ellos, la quinta parte presenta signos de dependencia, la cual representa un 18% más a

diferencia del año 2006; cerca de medio millón de personas, entre los 12 y 65 años de edad (470 mil aproximadamente), presentan consumo problemático; y que la edad de inicio promedio es 13 años, no obstante, el 25% de la población escolar lo empezó a consumir entre los 8 y 11 años (14).

El Ministerio de Salud (MINSA), en el año 2015, afirma que tres de cada diez escolares fuman cigarrillos, sin que sus padres conozcan de este hecho (15). Claramente la falta de comunicación entre padres e hijos es un problema en nuestro país.

Lengua O., Doctor del Servicio de Farmacodependencia del Hospital Edgardo Rebagliati de EsSalud, en el año 2017, informa que el 21% de la población peruana consume tabaco y que la edad de inicio es a los 12 años de edad, el principal factor es el ambiente familiar, donde el hábito de fumar se transmite de generación en generación, siendo adaptado como una conducta normal; por otro lado, se encuentra el factor social, es decir, la influencia de los amigos, y los grupos, que encuentran en el tabaquismo un rito social que los une e identifica (16).

Polo C., Director del "Instituto de Desarrollo de Estrategias, Análisis y Soluciones para América Latina", en el año 2012, destaca que en Perú el 84,9% de familias integradas por parejas casadas y con hijos comunes tienen mejor bienestar (modelo familiar ideal), en las familias de casados la violencia familiar tiene una tasa de 8,9% mientras que la tasa entre convivientes asciende a 17%. Asimismo los problemas de salud mental disminuyen, los indicadores de salud física son mejores, los ingresos son mayores, empleo más frecuente, mejores condiciones de vivienda, más

cooperación en las relaciones de pareja, disminuye el consumo de drogas, alcohol y tabaco y la conducta social de los hijos es más cooperativa (17).

Velarde M., Ministra de Comercio Exterior y Turismo (MINCETUR) en el 2013, afirma que el 60% de familias peruanas son nucleares (modelos familiares ideales), 22% son familias extensas (modelos familiares regulares) y 18% son otros tipos de familia (modelos familiares no ideales) siendo administradas generalmente por mujeres representado por el 81,9%; el 42% son convivientes y el 39% son casados (18).

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en el año 2015, el reto de las familias es ser un modelo familiar ideal o aproximarse a ello; sin embargo existen factores que impiden lograrlo; en el Perú en el año 2014, el 32,3% de las mujeres alguna vez sufrieron algún tipo de violencia física por parte del esposo o compañero, el 17,3% fueron maltratadas por otras personas como los padres o ex pareja y la violencia psicológica fue el 69,4% (19). Ello hace a un modelo familiar no ideal para el crecimiento y desarrollo del adolescente, que en un futuro comenzará a mostrar conductas agresivas o de sumisión extrema, conllevando a conductas de riesgo como el consumo de drogas legales.

DEVIDA, en el 2012, señaló que nuestra localidad es el quinto departamento con prevalencias más altas de consumo de drogas legales con el 30,2%, ubicándose por encima del promedio nacional (23,3%) (20). Así mismo, en el 2013, señaló que el 4% de la población escolar tiene problemas con la ingesta de alcohol. Los colegios ubicados en el casco urbano son los que fueron catalogados como de alto riesgo debido a la proximidad a zonas donde se realiza la venta indiscriminada de bebidas

alcohólicas a todo público, incluyendo menores de edad. Entre los puntos que fueron detectados se encuentran los centros poblados Leguía, Bolognesi y Natividad, además del cercado de la ciudad (21).

Según últimos estudios del INEI y ENDES, Tacna en el 2015 el 54% - 67,9% de personas de 15 y más años de edad consumieron alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, cifra que ascendió en el 2015 al 68% - 74,9; en el 2016 el 12,6% - 13,9% de personas de 15 a más años de edad fumaron en los últimos 12 meses (13). Y en el año 2012, el grado de instrucción de la población de 15 y más años de edad en Tacna fue de 4,1%, siendo el promedio nacional 6,2% (22); en el año 2014 el grado de instrucción de la población de 15 y más años de edad en Tacna fue de 3,4%, siendo el promedio nacional 6,3% (23).

En Tacna, la Oficina de Estadística e Informática de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), en el año 2012 se registraron 827 casos de violencia familiar (familia funcional severa) y en el año 2013, la cifra ascendió en un 20,56%, registrándose 1041 casos de violencia familiar. La tasa de incidencia anual fue igual a 312 por 100 habitantes. Al agrupar la violencia familiar por etapas de vida, los más afectados fueron los adultos con el 43,61% (454 casos), luego los jóvenes con 28,82% (300 casos), posteriormente en la niñez con 13,35% (139 casos); adulto mayor con 8,17% (85 casos) y adolescente con 6,05% (63 casos). Entre las principales causas de violencia familiar, encontramos en primer lugar a: los problemas relacionados con pareja de esposos presentado por el 41,69%, seguido de los abusos psicológicos con 21,04% y la negligencia y abandono por esposo o pareja en lugar no especificado con 19,60%, quienes agrupan el 80% del total de casos (24).

Las autoridades de la orden civil del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, durante el año 2012 manifiestan que se presentaron 779 casos denunciados por violencia familiar, donde más del 50% son por agresiones psicológicas seguidas por agresiones físicas siendo la víctima afectada una mujer en más del 95%; y en el año 2015, ha registrado 1045 casos de violencia familiar (modelo familiar no ideal), el 55% de las denuncias están referidas a la violencia física, el 32% violencia psicológica, 34% violencia física y psicológica. Estos tipos de acontecimientos alteran el equilibrio familiar, convirtiéndola en una familia funcional severa (modelo familiar no ideal), donde no cumple la familia en ser la primera escuela educadora, por el contrario somete al hijo adolescente a repetir estas conductas de riesgo en su presente y vida adulta.

En el Centro de Salud San Francisco, en el año 2013, se atendió 15 casos de violencia familiar, de ellos, el abuso psicológico es el más frecuente, seguida del abuso físico y/o sexual, secuelas de agresiones, otros síndromes de maltrato, negligencias y abandonos por padre o madre en lugar no especificado y en el 2016 las cifras aumentaron a 21 casos de violencia contra la mujer y los hijos por parte del padre. Esto refleja modelos familiares no ideales, porque son familias disfuncionales, con estilos de crianza autoritaria y/o negligente.

Por los alrededores de la Institución Educativa Jorge Chávez, se encuentran zonas de comercio de drogas legales que no muestran exigencia al momento de vender estos productos en cuanto a la edad del comprador, por comentarios de las personas que viven aledañas a la Institución, incluyendo al personal docente y alumnos, se sostiene que en algunas situaciones se ha visto estudiantes adolescentes consumidos por el alcohol, tabaco u otra droga en las horas de salida o en horas que

deberían estar en clases, en plazas cercanas a la Institución. Sin embargo, no existen evidencias escritas de ocurrencias de consumo.

Esta situación genera preocupación y confirma que Tacna como ciudad fronteriza y altamente comercial está atravesando una verdadera crisis social al enfrentarse cara a cara con las drogas legales, tal como lo confirman las autoridades locales de la orden civil de la comisaría de Gregorio Albarracín Lanchipa del Distrito del mismo nombre, que en junio y julio del presente año se han reportado un caso de maltrato en estudiante, un caso de abuso sexual, veinticuatro casos de acoso o maltrato entre estudiantes, un caso de adicción a internet, tres casos de indisciplina escolar, nueve caso de consumo de alcohol, tres casos de consumo de tabaco, ocho casos de consumo de otras drogas y dos víctimas de violencia familiar, correspondientes a estudiantes de la I.E. Jorge Chávez y de igual forma el Hospital de Día en Salud mental y Adicciones, confirma esta información por los registros hasta el mes de agosto del presente año, de 55 pacientes con psicosis, adicciones a diferentes drogas, trastornos obsesivos compulsivos y trastornos afectivos, cuyos registros según manifiesta es confidencial.

De allí nace la motivación de realizar el estudio de investigación sobre las adicciones a drogas legales y su relación con los modelos familiares de dicha institución.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre las adicciones a drogas legales y modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna – 2017?

1.3. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la relación entre adicciones a drogas legales y modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.

Objetivos específicos:

- Identificar las adicciones a drogas legales en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez.
- Identificar los modelos familiares de donde provienen los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez.
- Describir las adicciones a drogas legales y su relación con modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez.

1.4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el consumo de drogas legales es un problema que se va acrecentando con el pasar de los años y son las instituciones educativas sobre todo mixtas y de periferia donde la situación es aún más riesgosa.

Los adolescentes son un grupo vulnerable; por ser la etapa donde el ser humano vive grandes cambios tanto físicos, psicológicos y sociales. El adolescente necesita elegir entre un sin fin de posibilidades que tiene como

opciones para su desarrollo y formación de su identidad; todo esto aunado a que las relaciones sociales representan un pilar importante en su vida, es por ello, que son fácilmente influenciados; el modelo familiar en el cual se encuentra inmerso es el factor fundamental, de ahí la importancia de fortalecer las relaciones familiares.

Conscientes de esta realidad y siendo labor del enfermero(a) identificar y sensibilizar a la comunidad sobre los problemas actuales que atraviesa el Perú, así mismo la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se desarrolla la presente investigación con el propósito de que los resultados del estudio permitan establecer las coordinaciones entre el sector salud, educación preventivo promocionales, familia y comunidad, a fin de promover la formulación de programas de educación para la salud, dirigida a los grupos de riesgo – adolescentes, por su alta vulnerabilidad por efectos de adopción de identidad; creando actividades familiares; que facilitan la comunicación, que ayudan a mejorar la convivencia, mejoramiento de la calidad de vida en la familia y la prevención de conductas de riesgo como la actividad sexual temprana que los expone a un mayor riesgo de contagio con el virus del VIH - SIDA, enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados; el consumo de alcohol y tabaco trae consecuencias a corto, mediano y largo plazo que pueden afectar seriamente la salud física y mental del consumidor y no consumidor; además incrementa la vulnerabilidad de los adolescentes frente al consumo de otras sustancias adictivas; teniendo como base y soporte la Ley N° 27337 “Ley de protección del niño, niña y adolescente” y la “Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz” que buscan un entorno saludable para toda la población; la protección y recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad.

1.5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hipótesis alterna: Las adicciones a drogas legales tienen relación significativa con modelos familiares de donde provienen los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna 2017.

Hipótesis nula: Las adicciones a drogas legales no tienen relación significativa con modelos familiares de donde provienen los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna 2017.

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Definición de las variables:

Variable independiente : Modelos familiares:

Variable dependiente : Adicciones a drogas legales.

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE: MODELOS FAMILIARES	Se define como el espacio adecuado para el crecimiento y desarrollo a nivel personal, donde las relaciones que se dan van moldeándose y estructurándose de diferentes formas, y cambiando con el paso del tiempo.	Estructura familiar Grado de instrucción de padres Estilo de crianza Funcionalidad familiar	- Nuclear - Monoparental - Extensa - Analfabeto - Primaria - Secundaria - Superior - Democrática - Autocrático - Permisivo - Sobreprotector - Negligente - Manipulador - Adaptación - Participación - Ganancia - Afecto - Recursos	4.1, 4.2, 4.3 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5	- Modelo familiar ideal: 18 - 20 - Modelo familiar regular: 10 - 17 - Modelo familiar no ideal: menos de 9	ORDINAL
VARIABLE DEPENDIENTE: ADICCIONES A DROGAS LEGALES	Es un problema de salud pública que consiste en el acto de tomar y/o ingerir alcohol o tabaco desmedidamente, volviéndose dependiente al mismo.	Consumo de riesgo de alcohol Síntomas de dependencia	- Frecuencia de consumo - Cantidad típica - Frecuencia del consumo elevado - Pérdida de control sobre el consumo - Aumento de la relevancia del consumo	1, 2, 3 4. 5. 6	No problemas relacionados con el alcohol: 0 – 7 puntos.	ORDINAL

	<p>BEBIDA ALCOHÓLICA: Son aquellas bebidas que contienen alcohol etílico o etanol en su composición.</p>	<p>Consumo perjudicial de alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo matutino - Sentimiento de culpa tras el consumo - Lagunas de memoria - Lesiones relacionadas con el alcohol - Otros se preocupan por el dominio 	<p>7,8,9</p>	<p>Bebedor de riesgo: 8 – 12 puntos.</p> <p>Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica: 13 – 40 puntos.</p>	
	<p>CIGARRILLO: Cilindro pequeño y delgado (de unos 8 cm. de longitud y unos 8 mm. de grosor) hecho con tabaco picado y envuelto en un papel especial muy fino que se fuma quemándolo por un extremo.</p>	<p>Consumo de cigarrillo</p> <p>Evolución de la dependencia nicotínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de cigarrillos consumidos - Compulsión por fumar - Dependencia nicotínica 	<p>1, 2</p> <p>2,4,8</p> <p>3,5,6.7</p>	<p>Dependencia muy baja: 0 – 1 punto.</p> <p>Dependencia baja: 2 – 3 puntos.</p> <p>Dependencia moderada: 4 – 5 puntos.</p> <p>Dependencia alta: 6 – 7 puntos.</p> <p>Dependencia muy alta: 8 – 10 puntos.</p>	<p>ORDINAL</p>

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Moñino M. (25), en su estudio “Factores sociales relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de la región de Murcia” en España – 2012. Tuvo como objetivo: analizar la asociación entre consumo de alcohol, la estructura familiar y la percepción o valoración del vínculo de las relaciones familiares que hacen los adolescentes; investigación transversal analítico; la muestra fue de 2849 estudiantes de 11 – 18 años, un muestreo aleatorio de 30 centros; cuyo instrumento fue cuestionario autoadministrado y anónimo. Concluyendo que en ambos sexos, desvalorar las relaciones con el padre y con los hermanos, y los que ocupan el segundo lugar entre los hermanos se asociaron independientemente con haber consumido alcohol.

Ávila M. (26), en su estudio “Factores personales y psicosociales de los adolescentes en el consumo de alcohol en H. Matamoros, Tamaulipas” en México – 2012. Se planteó como objetivo: determinar la relación y efecto de algunos factores personales y psicosociales con el consumo de alcohol en adolescentes que estudian preparatoria de la frontera norte de México; realizando una investigación descriptivo correlacional; la muestra fue 419 adolescentes; cuyo instrumento fue un cuestionario. Concluyendo que el 32,5% de los adolescentes tienen baja autoestima y consumen alcohol de forma dañina, el 42,1% tienen mediana capacidad de toma decisiones y un

consumo de alcohol sensato; y el 25,4% tienen alta autoestima y alta capacidad de toma de decisiones y presentan un consumo habitual.

Scott E. (27), en su estudio “La comunicación intrafamiliar y su influencia en el consumo de drogas en los estudiantes del décimo año de educación básica del colegio fiscal nocturno Comdte. Rafael Morán Valverde de Guayaquil” en Ecuador – 2015. Presenta como objetivo: promover la comunicación intrafamiliar, en especial entre padres e hijos, mediante el diseño y elaboración de un material impreso, con el fin de prevenir el consumo de drogas en los adolescentes; desarrollando una investigación cuantitativa, descriptiva, participativa, explicativa y de campo, la muestra fue 66 estudiantes a través de muestreo probabilístico estratificado, y cuyo instrumento fue un cuestionario. Concluyendo que el 57% afirma que sus padres no les brindan el tiempo necesario para contarles sus problemas, por lo que tienen poco conocimiento del daño que causan las drogas.

Huamaní M. (28), en su estudio “Factores psicosociales relacionados con el consumo y riesgo de alcoholismo en adolescentes de 4to y 5to de secundaria en el colegio estatal de San Juan de Miraflores” en Lima Perú – 2012, tuvo como objetivo: determinar si existe relación entre factores psicosociales con el consumo y riesgo de alcoholismo en los adolescentes, fue una investigación cuantitativa, descriptiva correlacional de corte trasversal, su muestra fue 270 estudiantes, a través de fórmula para poblaciones finitas, cuyo instrumento fue cuestionario. Al término del trabajo se concluyó que el mayor porcentaje de los adolescentes tiene relaciones familiares de medio 40,4% a bajo 39,3% y su consumo de alcohol de la mayoría es alta.

La Comisión Nacional Para El Desarrollo Y Vida Sin Drogas (29).

En su informe ejecutivo “IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria” en Lima – 2012, presentó como objetivo conocer la magnitud, características y factores asociados al consumo de drogas en estudiantes de educación secundaria residentes en ciudades de 30 mil y más habitantes a nivel nacional y regional, con una investigación cuantitativa, diseño transversal, y muestra de 48025 estudiantes de 1° a 5°, a través del muestreo probabilístico, bietápico y estratificado, utilizando el instrumento del cuestionario. Se concluye que Tacna, Lima Provincias, Arequipa, La Libertad, Cusco y Callao son regiones que registran prevalencias de consumo de drogas más altas que Lima Metropolitana.

Rojas M. (30), en su estudio titulado “Abuso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes y Vulnerabilidad Familiar”; en Perú – 2014, el objetivo fue examinar las principales características del consumo de alcohol y marihuana en los adolescentes y jóvenes que reciben tratamiento, y describir y analizar las características del entorno familiar de los adolescentes y jóvenes que reciben tratamiento, realizando una investigación cuantitativa, descriptivo retrospectivo de casos clínicos, con una muestra de 502 adolescentes y jóvenes mediante muestreo no probabilístico incidental; instrumento cuestionario. Concluyéndose que el 77,5% de los adolescentes involucrados en el abuso de sustancias proceden de familias donde hay un miembro o más con antecedentes de abuso de alcohol u otras drogas.

Flores L. (31), en su investigación: “Funcionamiento familiar y su relación con las conductas de riesgo en adolescentes del nivel secundario de la I.E. Enrique Paillardelle” en Tacna – 2013, el objetivo fue determinar

la relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo de los adolescentes, con una investigación cuantitativa, descriptivo correlacional de corte transversal, muestra de 168 estudiantes de secundaria a través del muestreo probabilístico aleatorio estratificado, instrumento cuestionario. Se concluye que existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo: consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas ilegales e inicio de relaciones sexuales, a una mayor funcionalidad familiar menores conductas de riesgo en el adolescente.

Quispe Z. (32), en su tesis: “Familias disfuncionales y su relación con el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina C.P. La Natividad” en Tacna – 2015, tuvo como objetivo determinar la relación existente entre familias disfuncionales y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes, fue una investigación cuantitativa, descriptivo correlacional de corte transversal, con una población de 88 estudiantes del nivel secundario y muestra de 48 estudiantes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, cuya técnica fue la encuesta e instrumento cuestionario. Se concluyó que existe relación significativa entre la disfunción familiar y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de dicha institución.

Segura J. (33), en su estudio: “Factores sociales que influyen en el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la I.E. Ramón Copaja de Tarata” en Tacna – 2016, tuvo como objetivo establecer la influencia entre los factores sociales y el consumo de bebidas alcohólicas de los estudiantes, fue una investigación cuantitativa, descriptivo correlacional de corte transversal, su población fue de 99 estudiantes y muestra de 91 estudiantes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, cuya técnica fue la encuesta e instrumento cuestionario. Se concluye que los

factores sociales que influyen significativamente en el consumo de bebidas alcohólicas es la familia.

2.1. BASES TEÓRICAS

Los distintos enfoques de las diversas teorías son importantes manejarlas para poder tener un mejor dominio del proceso abordado en el presente trabajo, por tanto, a continuación se da un esbozo de los principales modelos o corrientes que tratan el tema.

2.1.1 Modelo de promoción de la salud (Nola Pender)

El modelo de promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivo - perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción (33).

Los siguientes factores son factores cognitivo-perceptuales y se definen como “mecanismos motivacionales primarios” de las actividades relacionadas con la promoción de la salud (33):

- Auto eficacia percibida. La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta.
- Definición de la salud. La definición del individuo sobre lo que significa la salud, puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de

bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.

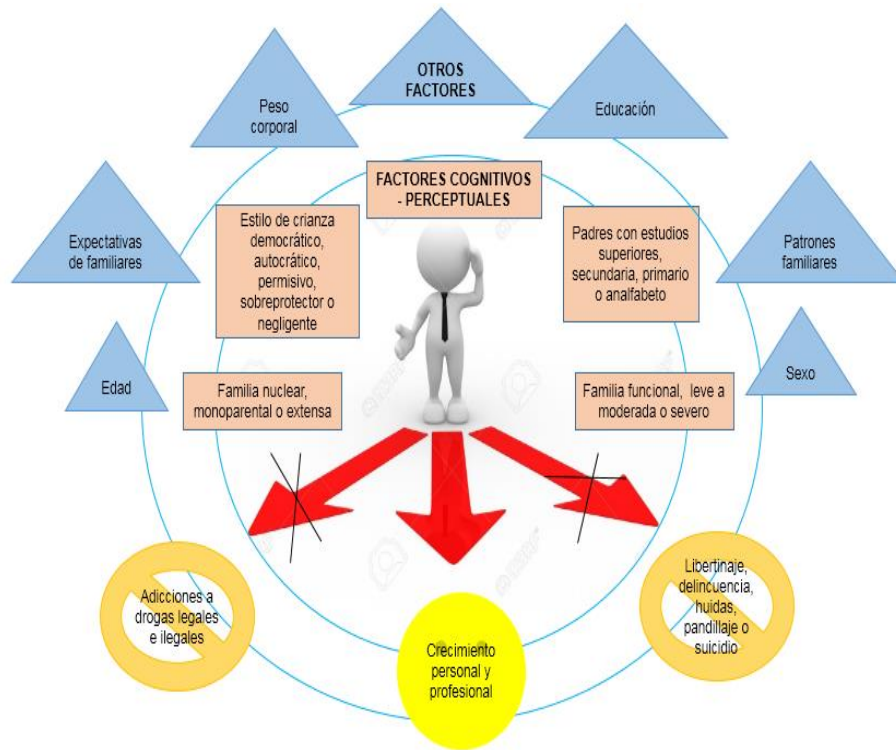
- Estado de salud percibido. El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.
- Beneficios percibidos de las conductas. Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.
- Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud. La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo.

Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un papel importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios (33).

Supuestos Principales:

- La salud se considera como un estado altamente positivo. Se considera que el individuo sigue una trayectoria dirigida hacia la salud. La definición de salud para sí mismo del individuo, tiene más importancia que un enunciado denotativo general sobre la salud (33).
- La persona es el individuo y el centro del modelo. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables. Pender no propone el modelo como explicación para grupos (33).

**MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER
RELACIONADO CON LA INVESTIGACIÓN**



Elaborado por: Bach. Gladys Maldonado Chambilla

**CONSULTORIO DE ENFERMERIA
CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL ADOLESCENTE**



Actitudes de la enfermera frente al cuidado del adolescente:

- Informar al adolescente y familiares acerca del abuso de sustancias.
- Actitud de aceptación, evitando conductas enjuiciadoras.
- Ayudarle a expresar su enfado de forma constructiva.
- Ayudarle a identificar y expresar otros sentimientos y emociones.
- Ayudarle a examinar sus conductas.
- Ayudarle a identificar puntos fuertes y utilizarlos para mantener la abstinencia.
- Ayudarlo a que se centre en su realidad presente (33).

2.1.2 Variables de estudio

- **Adicciones a drogas legales**

Según DEVIDA, la droga es toda sustancia natural o sintética que al ingresar al organismo, es capaz de modificar una o más de las funciones de este; y drogas legales son aquellas que tienen un reconocimiento legal y un uso normativo, cuando no tienen una clara promoción (publicidad), a pesar de ser las que más problemas sociales y de salud generan. Estas son: Alcohol y tabaco (34).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (35).

Según el enfoque químico, la droga es una sustancia vegetal, mineral o animal que tiene efecto estimulante, alucinógeno, narcótico o deprimente (36).

Según el enfoque sociológico, la droga es un problema social, por la diversidad de factores que intervienen en su aparición y desarrollo (37).

Alcohol

DEVIDA, define al etanol o alcohol etílico, como la sustancia más consumida en nuestro entorno sociocultural y la que mayores problemas sociales y de salud genera como son accidentes de tránsito, violencia, maltrato y problemas de salud; físicamente es un líquido incoloro e inflamable y se produce en la fermentación de los azúcares de los jugos o zumos de diversas plantas o de sus frutos (34).

Tipos de consumidores de alcohol

Según el Ministerio de Salud, son los siguientes:

- No consumidor o consumidor sin problemas relacionados al alcohol: Ausencia absoluta de ingestión o menos de 100 cc de alcohol absoluto en un día calendario y/o en presencia de menos de 12 estados de embriaguez al año (38).
- Consumidor excesivo simple o consumidor de riesgo al alcohol: Ingestión habitual (más de tres días a la semana) por dependencia sociocultural y/o

psicopatológica de más de 100 cc de alcohol absoluto (más de un litro de vino, más de dos litros de cerveza, etc.) en un día calendario y/o en presencia de doce o más estados de embriaguez con algún grado de incoordinación motora en un año calendario (38).

- Consumidor patológico o con problemas físico - psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica: Enfermedad caracterizada por la presencia regular de dependencia sociocultural y/o psicopatológica y física hacia el etanol. Esta última dependencia se manifiesta en forma de incapacidad de detenerse o de abstenerse después de la ingesta de alcohol (38).

Etapas o grados de dependencia al alcohol

Vargas L., en su investigación considera las siguientes etapas:

- Primera etapa o consumo de riesgo de alcohol: La persona busca alivio ocasional a las tensiones y se crea un aumento de la tolerancia al alcohol (39).

- Segunda etapa o síntomas de dependencia: La persona que se encuentra en la segunda etapa del consumo de alcohol presenta amnesia, bebe a escondidas, siente preocupación por conseguir bebidas alcohólicas, bebe con avidez, presenta sentimientos de culpa por la manera de beber, evitar hablar de alcohol, y presenta aumento en la frecuencia de lagunas mentales; mientras más pasa el tiempo comienza a perder el control, de racionalizaciones, neutralización de presiones sociales, comportamiento

fanfarrón, conducta agresiva, remordimientos persistentes, periodo de abstinencia completa, alejándose de amigos, renuncia a empleos, la bebida se convierte en el centro de las actividades, pérdida de intereses externos, cambio en la interpretación de las relaciones interpersonales, compasión por sí mismo, escape geográfico (escondarse, fugarse), cambio en hábitos familiares, resentimiento, protección al abastecimiento de alcohol, desnutrición, primera hospitalización, disminución del apetito sexual, beber en ayunas (39).

- Tercera etapa o consumo perjudicial de alcohol: La persona presenta intoxicaciones prolongadas, deterioro moral, trastornos del pensamiento, psicosis alcohólica, bebe sustancias que no sean alcoholes, fuerte deterioro de las relaciones sociales, disminución de tolerancia al alcohol, temores indefinidos, temblores persistentes, inhibición psicomotora (locura), racionalización fracasada, hospitalización definitiva y, finalmente, la pérdida de la vida (39).

Forma de administración: Vía oral (se bebe).

Acción sobre el sistema nervioso central: Depresor.

Efectos del consumo de alcohol: Desinhibe euforia inicial, relaja, disminuye el dolor y la ansiedad, provoca descoordinación y torpeza motora, altera la atención y el rendimiento intelectual y genera confusión (40)

Consecuencias del consumo de alcohol: Alteraciones en el aparato

digestivo, trastornos hepáticos y de los nervios periféricos, alteraciones en el aparato circulatorio, alteraciones mentales e impotencia sexual (40).

Indicios de consumo de alcohol: Frecuenta lugares donde venden licor como bares o cantinas, concurre frecuentemente a reuniones sociales, tiene fuerte olor a licor en su aliento y ropa, presenta desórdenes estomacales y en su apetito, se muestra irritable, tiene conductas violentas, usa lenguaje vulgar, se le enrojece la nariz (40).

Límite permitido de alcohol: Según el código penal artículo 274° explicita lo siguiente: el que encontrándose en estado de ebriedad, con presencia de alcohol en la sangre mayor de 0.5 gramos por litro de sangre bajo el efecto de drogas tóxicas, estupefactivas, sustancias psicotrópicas o sintéticas. Esto es equivalente a una copa y media de vino o dos vasos de cerveza (41).

Tabaco

Según DEVIDA, es la planta en la cual se encuentra el ingrediente activo "nicotina". La planta del tabaco pertenece a la familia de las solanáceas, de la que se obtiene distintas variedades destinadas al consumo humano (cigarrillos, cigarros, puros, rapé, tabaco de mascar, otros) (34).

Grado de dependencia al tabaco:

- No fumador o fumador con dependencia muy baja: Ausencia absoluta de

consumo de cigarrillo (34).

- Fumador por causas negativas o fumador con dependencia baja: Aumenta el consumo de cigarrillo en épocas de crisis, el cigarrillo es utilizado como reductor de la ansiedad (34).

- Fumador adictivo o fumador con dependencia moderada: Permanente deseo de fumar y lo hace en forma compulsiva. La falta de cigarrillo le produce sensación de malestar (34).

- Fumador por indulgencia o fumador con dependencia alta: Aquel que le agrada el sabor del cigarrillo. Fuma para relajarse, y piensa que el fumar es un hábito de personas interesantes y sofisticadas (34).

- Fumador habitual o fumador con dependencia muy alta: La conducta de fumar no es voluntaria, sino automática. Le resulta necesario estar fumando, aunque muchas veces el cigarrillo no le sabe muy bien (34).

Forma de administración: Vía oral, se fuma (34).

Acción sobre el sistema nervioso central: Estimulante (34).

Efectos del consumo de tabaco: Estimula y favorece el estado de alerta y de calma, puede funcionar como un hábito tranquilizador (34).

Consecuencias del consumo de tabaco:

- Consecuencias a corto plazo: Irritación de las vías respiratorias, dientes y dedos amarillentos, olor y aliento desagradable, arrugas prematuras, disminución de la resistencia física y el rendimiento atlético, aumento de la presión sanguínea, tos y expectoraciones (sobre todo matutinas), arritmias, disminución de la capacidad pulmonar, disminución de los sentidos del gusto y olfato, pérdida del apetito, y disminución de la temperatura corporal (34).
- Consecuencias a largo plazo: Enfisema pulmonar, arteriosclerosis, bronquitis crónica, cáncer al pulmón, laringe, boca, esófago, vesícula y páncreas, enfermedad coronaria, trombosis e Infarto agudo al miocardio, y úlceras gástricas (34).

Indicios de consumo de tabaco: Tiene con frecuencia un cigarrillo encendido, despide un fuerte olor a cigarrillo en ropa y cuerpo, dientes amarillos, poco apetito para las comidas, se muestra irritable, dedos y yemas de color amarillo, tos y ronquera, y mal aliento (34).

Ley general para la prevención y control de los riesgos del consumo del tabaco: Ley N° 29517, la cual modifica la Ley N° 28705 - Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco. Este dispositivo legal prohíbe la venta de cigarrillos a menores de 18 años y la venta de paquetes de cigarrillos que contengan menos de 10 unidades, además dispone de ambientes libres de humo de tabaco en las instituciones públicas así como en lugares cerrados (42).

- **Modelos familiares**

La familia puede ser definida de diversas maneras, dependiendo del enfoque y el contexto en la que se analice, sea en lo social, antropológico, psicológico, jurídico, etc.

La familia es un grupo de personas que comparten lazos consanguíneos y/o filiales; y que viven en un mismo lugar; es considerado el núcleo de la sociedad, por ser la primera escuela donde aprendemos a socializar, valores y modales.

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial" (32).

La Constitución Política del Perú, en su artículo 4°, reconoce a la Familia como una institución natural y fundamental de la sociedad, es su unidad básica, el primer espacio de socialización del ser humano en el que se generan derechos, deberes y relaciones, orientados al bienestar y desarrollo integral de las personas y donde se aprenden valores fundamentales para la convivencia social (32).

Los modelos familiares se definen en base a cuatro dimensiones: Estructura familiar, estilo de crianza familiar, grado de instrucción de los padres y funcionamiento familiar.

Estructura familiar:

- Estructura familia nuclear / modelo familiar ideal: Es la familia tradicional, se compone de ambos padres y los hijos que viven en un mismo lugar; es considerada un modelo de familia ideal para formar una sociedad ideal, ya que comparten lazos consanguíneos y filiales.
- Estructura familiar extensa / Modelo familiar regular: Es la familia no solo conformada por padres e hijos, se adicionan los primos, tíos, abuelos, etc; comparten lazos consanguíneos.
- Estructura familiar monoparental / Modelo familiar no ideal: Es la familia conformada por solo uno de los padres con los hijos; pudiendo ser la causa: separación, fallecimiento o abandono de uno de los padres. Este tipo de familia mayormente trae consecuencias negativas, como incomunicación con uno de los padres, falta de identidad del progenitor ausente o resentimiento por el progenitor ausente.

Estilo de crianza:

- Estilo de crianza democrática / Modelo familiar ideal: Es la familia donde todos los integrantes cumplen un papel importante; tienen derechos y responsabilidades y están en las condiciones de asumirlas; la autoridad lo ejercen los padres pero todos son tratados con justicia, equidad, amor y no abuso de poder. Las relaciones son horizontales, los hijos desarrollan una buena autoestima y autoconfianza, el sentido de responsabilidad de sus actos, facilidad para relacionarse, toma de decisiones y trabajo en equipo.

- Estilo de crianza autoritaria / Modelo familiar no ideal: Es la familia donde existe una autoridad, que generalmente es el padre; ningún integrante puede opinar o refutar sus decisiones, solamente aceptar y asumirlas. Las relaciones son verticales, es decir jerárquicas. Los hijos desarrollan bajos niveles de autoestima, autonomía personal, creatividad y competencia social, sentimientos de frustración al no cumplir los deseos de sus padres, ansiedad, conformismo, sumisión, suelen ser pasivos, tímidos y vivir ansiosos de obtener la aprobación de los demás.

- Estilo de crianza sobreprotectora / Modelo familiar no ideal: Es la familia donde los padres tienen la preocupación excesiva por proteger a sus hijos, no dejándolos desarrollarse y lograr su autonomía; generalmente estos hijos no saben ganarse la vida, ni defenderse y tienen excusas para todo, se vuelven infantiloides.

- Estilo de crianza negligente / Modelo familiar no ideal: Es la familia donde los padres no se muestran exigentes con las responsabilidades de los hijos, son insensibles, poco comunicativos y despreocupados por sus necesidades. Los hijos desarrollan generalmente un auto concepto negativo conformismo, desconfianza, irresponsabilidad y conductas de riesgo.

- Estilo de crianza manipulador / Modelo familiar no ideal: Es la familia donde los padres viven con y para sus hijos, controlan su vida y se entrometen en sus decisiones. Los hijos generalmente no desarrollan la autonomía, son incapaces, son dependientes, no tienen confianza, son menos emprendedores y creativos.

- Estilo de crianza permisivo / Modelo familiar no ideal: Es la familia donde se atienden las necesidades afectivas, pero se deja de lado la función educadora, que es importante para el desarrollo de ciudadanos maduros.

Grado de instrucción de los padres:

- Grado de instrucción analfabeto / Modelo familiar no ideal: Personas que no saben leer ni escribir. No ha culminado ningún tipo de estudio.
- Grado de instrucción primaria / Modelo familiar no ideal: Personas que saben leer y escribir pero que solo culminó el nivel primario.
- Grado de instrucción secundaria / Modelo familiar regular: Personas que han culminado el estudio básico, es decir primario y secundario; pero no han continuado con un estudio superior sea técnico o profesional.
- Grado de instrucción superior / Modelo familiar ideal: Personas que han culminado el nivel superior técnico o profesional.

Funcionamiento familiar

Funciones de la familia según APGAR familiar

En la investigación de Quispe Z., se consideró:

- Adaptación: Forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones (32).

- Participación: Satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos, en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas (32).

- Ganancia: Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal (32).

- Afecto: Satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta de expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro de un grupo familiar (32).

- Recursos: Evalúa la satisfacción de cada miembro de familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar (32).

Grado de funcionamiento familiar según APGAR:

- **Familia disfuncional / Modelo familiar no ideal**

La familia disfuncional se caracteriza por presentar un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas (43).

Características de familia disfuncional:

Su dinámica familiar no es saludable: Afectando negativamente a sus integrantes de tal forma que si le causa perjuicio a uno de ellos de manera inespecífica, también le afectaría a otro de sus miembros de similar o diferente manera (43).

Su funcionamiento familiar no es relacional ni compatible: En todo grupo familiar las características psicoculturales de la comunidad donde el sistema familiar está insertado son compatibles con el grupo familiar, pero pueden existir casos en que estas particularidades que en algún momento de su existencia no fueron saludables para la familia y no posibilitaron el crecimiento (43).

Desarrolla y mantiene roles familiares contradictorios: Toda familia se instaure y constituye en un determinado momento histórico y les otorga a sus integrantes elementos propicios para su autorrealización, pero también de manera contradictoria puede desarrollar roles que de manera impropia complementan en ellos conductas inadecuadas propiciando un clima no

saludable que de mantenerse por un tiempo indefinido en la vida de relación de su familia les afectaría con una serie de pautas no funcionales causando perjuicios a sus integrantes convirtiendo a una familia funcional en disfuncional, es decir, dañina para el desarrollo saludable de sus integrantes (43).

Impide al interior de la familia el entrenamiento de conductas recurrentes: Todo sistema familiar evoluciona en un constante devenir, pero coincidentemente a veces aparecen en determinados momentos de su historia, crisis y contradicciones lo cual posibilitará (paradójicamente) el crecimiento de sus integrantes dado que promueve la movilización y emergencia de los recursos personales de su familia; el entrenamiento en el manejo de las crisis familiares o personales al interior de la familia les permite a sus integrantes establecer conductas recurrentes, en base a las cuales se van a insertar otras más complejas para cuando en la etapa adulta surjan situaciones similares estén en condiciones eficientes para su abordaje y manejo (43).

Puntos importantes de la familia disfuncional

Bradshaw J., consideró:

Decepción y negación: Niegan sus problemas, por lo mismo, los problemas nunca se resuelven. También niegan a sus miembros las libertades (44).

Imposibilidad de intimidad: Cuando hay un vacío de intimidad en

familias disfuncionales, este vacío contribuye a la disfunción familiar. Esto se conoce con el nombre de desorden del Ying y el Yang (44).

Se basan en la vergüenza: Los padres han interiorizado sus sentimientos de vergüenza y actúan desvergonzadamente frente a sus hijos. Generalmente los hijos de estas familias se sienten avergonzados (44).

Formación de roles rígidos y estáticos: Los roles se crean por la necesidad del sistema familiar. Los niños renuncian a sus propias necesidades para satisfacer las necesidades del sistema (44).

Una masa indiferenciada de egos: Los miembros de una familia disfuncional tienen límites permeables, los límites no se respetan, los límites se invaden unos a otros, más que relacionarse se enredan. Si la madre es temida, todos la temen (44).

Comunicación conflictiva y confluyente: Utilizan el conflicto abierto o la confluencia (acuerdan no estar en desacuerdo) con un estilo de comunicación. En muy rara ocasión logran establecer contacto verdadero (44).

Irrevocabilidad de las reglas: En las familias que presentan disfunción las reglas no cambian y son rígidas. La pedagogía ponzoñosa ayuda a establecer estas reglas (44).

Límites perdidos: En un afán de mantener el sistema familiar

funcionando los individuos renuncian a sus límites personales. Renunciar a los límites personales es equivalente a renunciar a la propia identidad. Las familias disfuncionales carecen de límites (44).

Consecuencias de las familias disfuncionales:

Drogadicción: Una de las razones por la que esta ocurre es gracias a que los adolescentes no tienen una educación ética sobre las consecuencias que esta les puede traer. Los adolescentes están tan lastimados por dentro que buscan refugio en las drogas, sin saber que esto les puede provocar pérdida de neuronas e incluso la muerte. Otra de las razones por las que ésta pueda ocurrir es porque los adolescentes no tienen fuerza de voluntad cuando se les ofrece la droga por parte de otras personas (45).

Huidas: Al sentirse desprotegidos y sin un lugar para ellos, deciden huir para crear una mejor vida, según ellos. Por mala suerte, cuando un adolescente elige escapar, puede ser blanco de situaciones como las drogas legales e ilegales, prostitución, entre muchas más cosas. Se crea una vida sin protección y sin rumbo, no tiene sustentos económicos y puede que tampoco alimenticios. En resumen, sufre tanto física como psicológicamente (45).

Relaciones sexuales tempranas: Los adolescentes, a veces, suelen empezar su vida sexual a temprana edad por diversión, por moda o por x o y razón. En estas situaciones, empiezan gracias a que carecen de afectividad por parte de sus padres y la buscan en su pareja; esto puede traer muchas situaciones de riesgo como adquirir enfermedades de

transmisión sexual o un embarazo prematuro, pero puede traer más consecuencias tanto física, psicológica y moralmente (45).

Malas Relaciones: Como resultado de igual forma, los adolescentes pueden volverse inseguros de sí mismos, y esto puede repercutir en sus futuras relaciones. Esto se debe a que es posible que el adolescente se vuelva tímido, desconfiado y con baja autoestima (45).

- **Familia funcional / Modelo familiar ideal**

La familia funcional promueve un desarrollo favorable para todos sus miembros, teniendo jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio (46).

La familia funcional tiene la capacidad de manejar la proximidad y la distancia entre sus miembros, logrando el contacto afectivo y cálido entre todos; pero al mismo tiempo siendo capaces de permitir que cada uno tenga sus propios espacios, sus actividades personales y su vida social independiente (46).

Las relaciones afectivas entre todas las personas pertenecientes a la familia se dan de manera horizontal; sin embargo, se guarda la jerarquía entre las personas de autoridad y los hijos. En una familia funcional NO todo es democrático. Muchas familias dejan de ser funcionales cuando se invierte la jerarquía; por ejemplo cuando los padres piden autorización al hijo, y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo (46).

Las familias funcionales, a diferencia de las disfuncionales, satisfacen, aunque sea en los rangos mínimos, las necesidades materiales como la alimentación, techo, salud, educación y diversión (46).

El contexto familiar de una familia funcional proporciona a sus miembros una sensación de pertenencia y aceptación que contribuye a desarrollar la identidad personal y la autonomía de las personas que lo conforman. Sus vínculos emocionales son generalmente estables y sólidos, sobre todo en el caso de necesitarse para enfrentar una dificultad o amenaza (46).

Características de la familia funcional: Se escuchan unos a los otros, se aceptan las diferencias, los desacuerdos, los errores, se acepta la individualidad, se promueve la madurez, todos se miran cara a cara cuando hablan, hay armonía en las relaciones, se demuestran y manifiestan contacto físico entre unos y otros, se hacen planes y disfrutan el compartir juntos, todos son honestos y sinceros entre ellos (46).

- **Estudiante adolescente**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el periodo de vida que transcurre entre los 10 y 19 años en el cual la persona adquiere la madurez productiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez, estableciendo las posibilidades de independencia socioeconómica (31). La adolescencia es la etapa mas larga y de mayor riesgo en la vida del ser humano.

Etapas de la adolescencia:

- Adolescencia temprana: Comprende desde los 10 a los 13 años hay preocupación por lo físico y emocional. Se presentan los primeros cambios físicos e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento (31).

- Adolescencia media: Comprende las edades de 14 a 16 años en esta etapa se observa que el adolescente se preocupa por afirmación personal social. En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacción al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (31).

- Adolescencia tardía: Comprende desde los 17 a los 19 años preocupación por lo social. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de

las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas (31).

Cambios durante la adolescencia: Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura, fuerza muscular y cambio de las formas y dimensiones corporales; aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón; desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva; búsqueda de su identidad e independencia; manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de identidad sexual; contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico; y relación conflictiva con los padres (32).

Factores que influyen en la adolescencia:

- Factores de riesgo o luces rojas: Consumo abusivo de alcohol, ya que este puede llevar a una pérdida de la autocrítica, distorsión de la realidad, alteraciones de la conducta con desinhibición y facilitación de actos de violencia; dependencia al tabaco, crea una conducta adictiva dentro de la estructuración de la personalidad, incorporándose esta modalidad de reacción para el futuro; alteraciones permanentes del humor y estilo de vida; trastornos del sueño, fatiga frecuente, expectativas que van más allá

de lo realizable, falta de interés y motivación por cosas que antes interesaban; disminución del rendimiento estudiantil o laboral, faltas frecuentes sin motivo, alteraciones de la conducta y sanciones disciplinarias; ausencias del hogar por más de 24 horas sin aviso previo, fugas reiteradas; situaciones de conflicto familiar prolongados, falta de comunicación real y congruente, problemas de conducta en alguno de los hermanos (32).

- Factores protectores: Una relación familiar armónica, donde existan la expresión del afecto y se dispense la atención necesaria a cada uno de los miembros, a través de una comprensión y comunicación efectiva; la existencia de oportunidades donde los jóvenes puedan llevar a cabo experiencias exitosas y excitantes, tanto a nivel estudiantil como laboral; estilo de vida armónico, donde exista una escala de valores, entretenimientos compartidos con la familia y los amigos, descanso suficiente, práctica de actividades físicas, y una actividad participativa en la comunidad; estructuras escolares y laborales continentales que despierten inquietudes y desarrollen las habilidades que los jóvenes poseen (32).

2.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- **Adicción a drogas legales**

La adicción se define como un grado de total dependencia que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, específicamente alcohol o tabaco, a pesar de sus consecuencias nocivas para la salud. Se puede decir que presentar adicción es estar enfermo de manera crónica, ya que lentamente afecta y/o modifica las funciones de

ciertos órganos, especialmente el cerebro que puede ser de larga duración y que pueden conducir a comportamientos peligrosos.

- **Modelo familiar:**

Es el espacio más adecuado para el crecimiento y desarrollo a nivel personal, sin embargo las relaciones que se dan en la misma van moldeando su forma y se estructuran de diferentes formas y en muchas ocasiones van cambiando con el paso del tiempo.

- **Estudiante adolescente**

Es la etapa de vida comprendida entre la pubertad y la juventud, se inicia a los 12 años y culmina a los 19 años; en esta etapa ocurren diversos cambios físicos, emocionales, y sociales, generando conflicto en el adolescente al no poder adaptarse a los mismos. Sin embargo, el ser humano a esta edad se encuentra a sí mismo; define su identidad y/o personalidad, influenciado por el entorno social; es por ello, que la familia juega un papel fundamental en esta etapa.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional y de corte transversal.

El tipo es cuantitativo, porque busca datos susceptibles de cuantificación que permitirán un tratamiento estadístico de la relación entre las adicciones a drogas legales y modelos familiares en estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017.

Es diseño descriptivo correlacional porque muestra la información tal y como se obtiene de acuerdo a la realidad y por qué busca encontrar relación significativa entre dos variables.

Según el tiempo del estudio es de corte transversal porque el estudio de las variables se realizó en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

- **Población de estudio:** La población considerada para el presente

estudio estuvo constituida por los estudiantes adolescentes del nivel secundario de la I.E. Jorge Chávez, sumando un total de 903 estudiantes.

- **Muestra de estudio:** La muestra de estudio fue de 270 estudiantes adolescentes del nivel secundario, obtenida a través de la fórmula estadística para población finita (Anexo N°15).

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes adolescentes del primero a quinto año del nivel secundario.
- Estudiantes adolescentes de ambos sexos.
- Estudiantes adolescente de 11 a 17 años.
- Estudiantes adolescentes que se encuentran en clase al momento de la aplicación del instrumento y que aceptan participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Estudiantes adolescentes que no acepten colaborar con la investigación.
- Estudiantes menores de 11 años y mayores que 17 años.
- Estudiantes adolescentes imposibilitados física o psicológicamente.
- Estudiantes adolescentes que no se encuentren en clase al momento de la aplicación del instrumento.

- **Muestreo de estudio:** El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio

estratificado (Anexo N°16).

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de información del presente trabajo de investigación, se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumentos fueron tres cuestionarios, los dos primeros basados en estudios de investigaciones anteriores (Anexo N° 04 y 05).y el tercero primero elaborado por la investigadora (Anexo N° 06).

- **El primer instrumento “Test de Audit”:**

Se utilizó el Test de Identificación de desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT), porque ha cumplido muchas de las expectativas que inspiraron su desarrollo. Su fiabilidad y validez han sido establecidas en estudios de investigación llevados a cabo en diversos ámbitos y en diferentes países. Ha sido traducido a muchos idiomas. Se han desarrollado programas de formación para facilitar su utilización por los médicos y demás personal sanitario. Actualmente es utilizado por el Ministerio de Salud, en la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria, el AUDIT presenta las siguientes ventajas (32):

- Estandarización transnacional: ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países.
- Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional.

- Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia.
- Breve, rápido, y flexible.
- Diseñado para el personal de atención primaria.
- Se centra en el consumo reciente de alcohol.

Validación del Test de AUDIT

En 1982 la Organización Mundial de la Salud pidió a un grupo internacional de investigadores que desarrollaran un instrumento de screening simple del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve, entonces iniciaron un estudio transnacional (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América), para seleccionar los mejores rasgos de las distintas estrategias nacionales de screening; el método consistió en seleccionar los ítems que mejor distinguían los bebedores de bajo riesgo de aquellos con consumo perjudicial. Cerca de 2 000 pacientes fueron reclutados, donde el 64% eran bebedores actuales, 25% de los cuales fueron diagnosticados como dependientes de alcohol (32).

Los ítems del AUDIT fueron seleccionados en base a correlaciones con la ingesta diaria de alcohol, la frecuencia de consumo de seis o más bebidas por episodio de consumo y su capacidad para discriminar a los bebedores de riesgo de aquellos con consumo perjudicial; y en base a la validez, relevancia clínica y la cobertura de los dominios conceptuales relevantes. Finalmente, para esta selección de los ítems, se dio especial atención a su adecuación en función del género y capacidad de generalización transnacional (32).

La sensibilidad y especificidad de cada uno de los ítems seleccionados para el cuestionario fueron calculadas para múltiples criterios. Se consideraron varios puntos de corte de la puntuación total para identificar la sensibilidad y especificidad óptimas con el objeto de detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Así mismo, la validez también fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. En las muestras de desarrollo del test un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80 (32).

El AUDIT difiere de otros tests de screening de auto-pase en que se basó en datos recogidos de una amplia muestra multinacional, utilizó un razonamiento estadístico-conceptual explícito para la selección de ítems, enfatizó la identificación del consumo de riesgo en lugar de la dependencia de larga duración y las consecuencias adversas de beber y se centraba en síntomas que habían aparecido en un pasado reciente en vez de «alguna vez». Una vez que se publicó el AUDIT, los autores recomendaron estudios adicionales de validación. En respuesta a esta solicitud, se han llevado a cabo un gran número de estudios para evaluar su validación y fiabilidad en diferentes muestras clínicas y comunitarias en todo el mundo.

Para el punto de corte recomendado de 8, la mayoría de estudios han encontrado una sensibilidad muy favorable y una especificidad más baja, pero todavía aceptable; una revisión sistemática reciente de la literatura ha llegado a la conclusión de que el AUDIT es el mejor instrumento de screening para la totalidad de problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de atención primaria, en comparación con otros cuestionarios como

el CAGE y el MAST (32).

Dominios e ítems del Test de AUDIT

El contenido de los ítems del AUDIT, comprende 10 preguntas con respuestas cerradas de escala Likert, sobre de riesgo de alcohol, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Su objetivo es la detección temprana de personas con problemas de alcohol (32). A los primeros ocho ítems les corresponden cinco criterios con puntaje “0, 1, 2, 3 y 4” y los últimos dos ítems, le corresponde tres criterios con puntaje “0, 2 y 4” de manera ascendente.

Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1 2 3	-Frecuencia de consumo -Cantidad típica -Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4 5 6	-Pérdida del control sobre el consumo -Aumento de la relevancia del consumo -Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7 8 9 10	-Sentimiento de culpa tras el consumo -Lagunas de memoria -Lesiones relacionadas con el alcohol -Otros se preocupan por el consumo

Escala de evaluación del Test de AUDIT

No problemas relacionados con el alcohol	0 - 7 puntos
Bebedor de riesgo	5 – 12 puntos
Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13 – 40 puntos

- **El segundo instrumento “Test de FAGERSTROM”:**

Se trata de un cuestionario auto administrado, diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos. La versión original, Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), fue publicada en 1978 y contenía 8 ítems. Con posterioridad, en 1991, Heatherton et al. Propusieron la supresión de 2 ítems (cantidad de nicotina que contiene sus cigarrillos y si el paciente se traga o no el humo) ya que no encontraron una relación adecuada con las medidas bioquímicas y contribuían a las deficientes propiedades psicométricas del cuestionario. De este modo, nació el Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), cuestionario de 6 ítems, validado y publicado oficialmente, que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica (47).

Los ítems se contestan de dos modos diferentes: 4 de ellos son de respuesta dicotómica y los otros 2 se responden según una escala Likert. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem y oscila de 0 a 10 puntos. E. Becona y F.L. Vázquez han validado este instrumento en nuestro país (47). Para efectos de la presente investigación se modificó este instrumento, considerando los 8 ítems

originales.

Interpretación

Es un cuestionario muy breve y fácil de aplicar, esto lo convierte en un buen dispositivo de screening y una guía útil para planificar la estrategia de tratamiento y su intensidad. En el trabajo original, los autores no proponen puntos de corte. Diferentes estudios indican que los fumadores que puntúan alto en el FTND se beneficiarán del uso alternativo de chicles o spray nasal de nicotina incluso a dosis altas. Por otra parte, los parches de nicotina y el bupropion tienen una eficacia parecida en fumadores con puntuaciones altas o más bajas en el FTND (47).

Propiedades psicométricas:

- **Fiabilidad:** El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en tres muestras clínicas oscilo de 0,56 a 0,64. El coeficiente de correlación intraclases (CCI) obtenido en la prueba test-retest, administrada inicialmente por teléfono y posteriormente mediante entrevista fue de 0,88 (47).

- **Validez:** Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente fueron moderados, con determinadas medidas biológicas, (cotinina metabolito de la nicotina) en orina y CO alveolar, oscilaron de 0,25 a 0,40 y con el número de años de fumador se obtuvo una $r = 0,52$ (47).

En el momento de la validación de este instrumento por expertos, se sugirió mantener el formato anterior con 8 ítems y adicionar una interrogante antes de comenzar con el llenado del cuestionario, siendo el siguiente: Primera interrogante: ¿Fumas cigarrillos?, si el adolescente lo niega ya no se continuaría con el cuestionario, pero al afirmarlo debe continuar; el cuestionario cuenta con 8 preguntas, de las cuales la primera es basada en la escala de Likert y las siguientes dicotómicas (47).

Escala de evaluación:

0 – 2	Dependencia muy baja
3 – 4	Dependencia baja
5	Dependencia media
6 – 7	Dependencia alta
8 – 10	Dependencia muy alta

- **El tercer instrumento “Identificación del modelo familiar” consta de tres partes:**

- Presentación del instructivo: Se consideró la introducción, indicaciones y la contribución de la participación del sujeto de estudio.
- Datos generales (04 preguntas): Esta sección se estructuró para recoger las características sociodemográficas como edad, sexo, años de estudio y percepción parental.
- Datos específicos (04 preguntas): Esta sección se estructuró para identificar los modelos familiares como estructura familiar, estilo de crianza, grado de instrucción de los padres y funcionamiento familiar.

Para la medición de la variable “modelos familiares”, se tomó en cuenta los datos específicos de la siguiente manera:

En la estructura familiar, se plantearon tres preguntas con respuestas cerradas dicotómicas, se atribuyó a cada respuesta afirmativa puntaje “0” y a cada respuesta negativa puntaje “1”.

En el grado de instrucción de los padres, se plantearon dos preguntas con respuestas cerradas múltiples, se atribuyó a cada respuesta afirmativa puntaje “0” y cada respuesta negativa puntaje “1”.

En el estilo de crianza, se plantearon seis preguntas con respuestas cerradas dicotómicas, se atribuyó a cada respuesta afirmativa puntaje “0” y cada respuesta negativa puntaje “1”.

El test de APGAR familiar o funcionamiento familiar, se incluyó dentro del cuestionario por ser breve. Este instrumento fue construido, validado y tipificado en Washington por el Dr. Gabriel Smilkstein en 1978 en la Universidad de Washington y fue adaptada a la población peruana por el Ministerio de Salud y es utilizado en el Programa de Familias y viviendas saludables. La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0,80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless- Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0,71 y 0,83, para diversas realidades (32).

El Apgar familiar consta de cinco funciones básicas de la familia, sobre

la premisa de cómo los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción del mismo. Estas funciones son: Adaptación, valora el uso de recursos intra y extra familiares cuando el equilibrio familiar se encuentra amenazado durante una crisis; participación, valora la toma de decisiones y responsabilidades compartidas por la familia; ganancia, valora la maduración física, emocional y autorrealización conseguida por los miembros de la familia a través del apoyo mutuo; afecto, valora la reacción cariñosa que existe entre cada uno de sus miembros, contribuye a mejorar las relaciones familiares; recursos, valora el tiempo que se dedica a los miembros de la familia para prestarles apoyo físico y emocional. También implica compartir bienes y espacio dentro del hogar (32).

El APGAR familiar consta de cinco preguntas con respuestas cerradas de escala Likert; cada respuesta tiene un puntaje que va entre “0” y “4”, de acuerdo a la siguiente calificación (32):

Nunca	0 puntos
Casi nunca	1 puntos
A veces	2 puntos
Casi siempre	3 puntos
Siempre	4 puntos

Y esta es su es escala de calificación (32):

Familia funcional	18 – 20 puntos
Familia funcional leve	14 – 17 puntos
Familia funcional moderada	10 – 13 puntos
Familia funcional severa	9 puntos a menos

Para hallar el modelo familiar se ha considerado el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

Modelo familiar ideal	Familia funcional	18 – 20 puntos
Modelo familiar regular	Familia funcional leve	10 – 17 puntos
	Familia funcional moderada	
Modelo familiar no ideal	Familia funcional severa	9 puntos a menos

Validez de los instrumentos (Anexo N°12)

Para la validez del instrumento, fue sometido a juicio de expertos, participando 01 enfermera especialista en crecimiento y desarrollo del adolescente del C.S. San Francisco, 01 enfermera especialista en salud familiar del C.S. San Francisco, 01 enfermera especialista en problemas de adicción a drogas del Hospital del día del Hospital Hipólito Unanue y 01 estadístico; cuyas observaciones y recomendaciones, contribuyeron en la mejora de los instrumentos.

Confiabilidad de los instrumentos (Anexo N°13)

Se realizó a través de la prueba piloto; el instrumento se aplicó a 20 adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, porque su población cuenta con características similares a la población de la Institución Educativa en estudio. El propósito de la aplicación de la prueba piloto fue conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación del instrumento, y proporcionó las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

La confiabilidad del instrumento se realizó a través del Cálculo del Coeficiente de Confiabilidad Alfa De Cronbach aplicando a la muestra piloto de 20 adolescentes. La confiabilidad del instrumento fue de 0,729 el cual es aceptable para propósitos de investigación, por consiguiente el instrumento es confiable.

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información, se solicitó la autorización y se presentó un documento a la directora de la I.E. Jorge Chávez (Anexo N° 02), para las facilidades en la aplicación de los instrumentos a los estudiantes adolescentes de los 5 años de estudio del nivel secundario, en sus respectivas aulas; dado su aprobación, con el apoyo de la coordinadora de Tutoría Orientación del Estudiante (TOE) y el personal Auxiliar de Educación se entregaron los consentimientos informados a los tutores, quienes transmitieron el mensaje a los padres de familia; se facilitó una semana para la aplicación de dichos cuestionarios de la siguiente manera: Primero: 57 estudiantes, segundo estudiantes: 56 , tercero: 52 estudiantes, cuarto: 56 estudiantes y quinto: 49 estudiantes; días previos se coordinó con los tutores, siendo mayoría en la hora de ingreso y salida de clases en sus aulas en 10 minutos. Gracias al apoyo de la Bach. Eny Sareth Hinojosa Mamani, fue posible culminar con éxito la aplicabilidad de los ya mencionados instrumentos.

Cabe recalcar que una vez entregados los cuestionarios se brindó las instrucciones generales para su llenado, solicitando seriedad, honestidad y garantizando la confidencialidad de sus datos. La aplicación del instrumento duró aproximadamente 10 minutos.

Ética de la investigación:

Para la ejecución del presente estudio, se tuvo en cuenta la autorización de los padres de familia mediante el consentimiento informado (Anexo N° 07), respetando la participación voluntaria y la aplicación adecuada de los instrumentos y evitando perjudicar la integridad moral, psicológica y social de los estudiantes adolescentes; de esta manera se protegió el anonimato y confidencialidad ya que los datos fueron procesados en forma agrupada y solo la investigadora tuvo acceso a la información. Así mismo, el instrumento fue aplicado en forma individual, respetando la privacidad de los estudiantes adolescentes.

3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez concluido con la recolección de datos se codificaron y vaciaron a una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informativo Statical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 23,0. Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó las frecuencias absolutas y frecuencias relativas simples, para el análisis de la correlación de variables, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado. Para la presentación de los resultados se generaron tablas de contingencia y gráficos correspondientes a los objetivos planteados.

CAPITULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS (TABLAS Y GRÁFICOS)

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

TABLA N° 01

ADICCIÓN AL ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017

Droga legal	Grado de dependencia	N°	%
Alcohol	No problemas relacionados con el alcohol	252	93
	Bebedor de riesgo	11	4
	Problemas psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	7	3
Total		270	100

Fuente: Institución Educativa Jorge Chávez. Aplicación de Test AUDIT, Tacna – 2017.

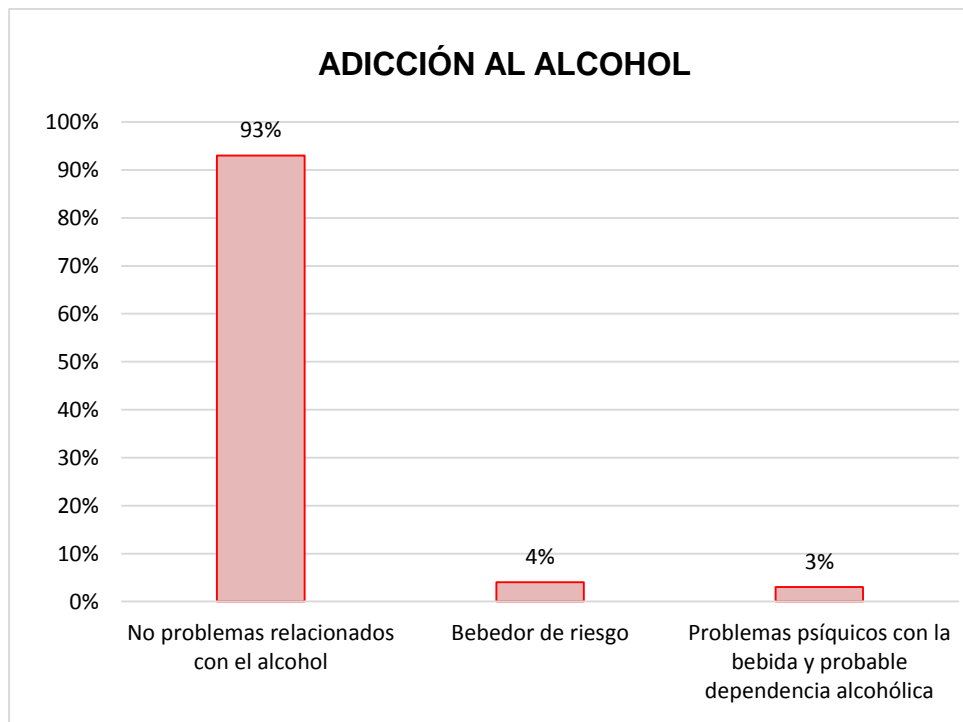
Elaborado por: Organización mundial de la Salud.

DESCRIPCIÓN

En la presente tabla, el 93% no tiene problemas relacionadas con el alcohol, el 4% es un bebedor con riesgo y el 3% tiene problemas físico psíquico con la bebida.

GRÁFICO N° 01

ADICCIÓN AL ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017



FUENTE: Tabla N° 01

TABLA N° 02

**ADICCIÓN AL TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE
CHÁVEZ, TACNA - 2017**

Droga legal	Grado de dependencia	N°	%
Tabaco	Muy baja	153	57
	Baja	109	40
	Moderada	8	3
	Total	270	100

Fuente: Institución Educativa Jorge Chávez. Aplicación de Test FAGERSTROM, Tacna – 2017.

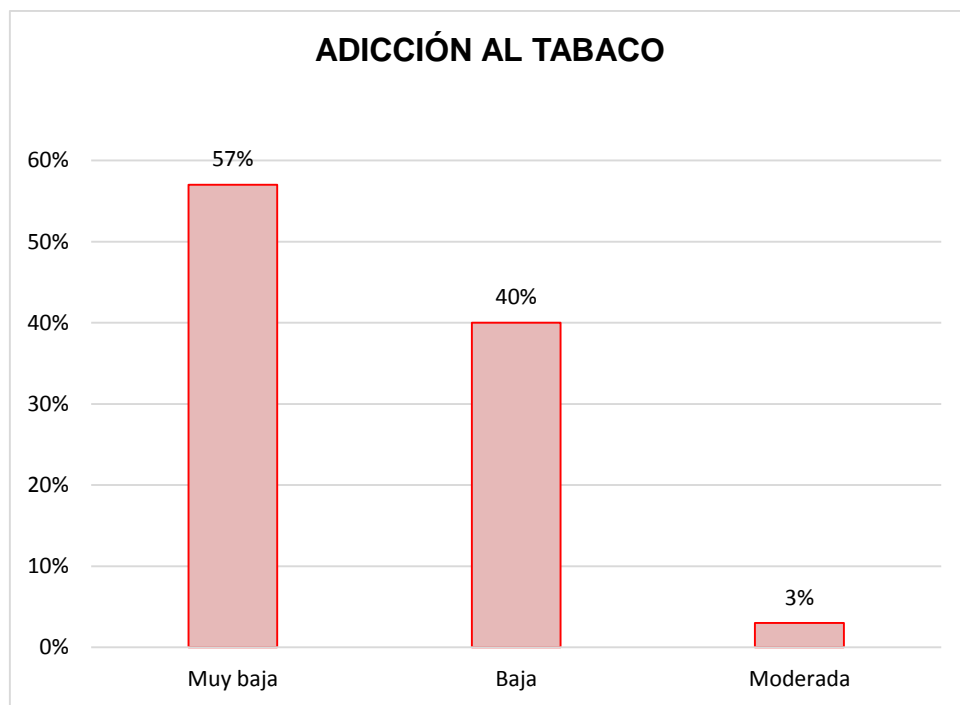
Elaborado por: Dr. Karl Fagerstrom (modificado por Bach. Gladys Maldonado Chambilla)

DESCRIPCIÓN

En la presente tabla se aprecia que el 57% tiene una dependencia muy baja, el 40% manifiesta un nivel bajo de dependencia y el 3% una dependencia moderada al tabaco.

GRÁFICO N° 02

ADICCIÓN AL TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017



FUENTE: Tabla N°02

TABLA N° 03

MODELOS FAMILIARES SEGÚN SUS DIMENSIONES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017

MODELOS FAMILIARES (DIMENSIONES)		N°	%
Estructura familiar	Nuclear	155	57
	Monoparental	80	30
	Extensa	35	13
	Total	270	100
Grado de instrucción madres	Analfabeta y/o primaria	23	8
	Secundaria	156	58
	Superior	91	34
	Total	270	100
Grado de instrucción padres	Analfabeta y/o primaria	65	24
	Secundaria	159	59
	Superior	46	17
	Total	270	100
Estilo de crianza	Democrático	108	40
	Autocrático, permisivo, sobreprotector, negligente y manipulador	162	60
	Total	270	100

Fuente: Institución Educativa Jorge Chávez. Aplicación de cuestionario de identificación de modelo familiar, Tacna 2017

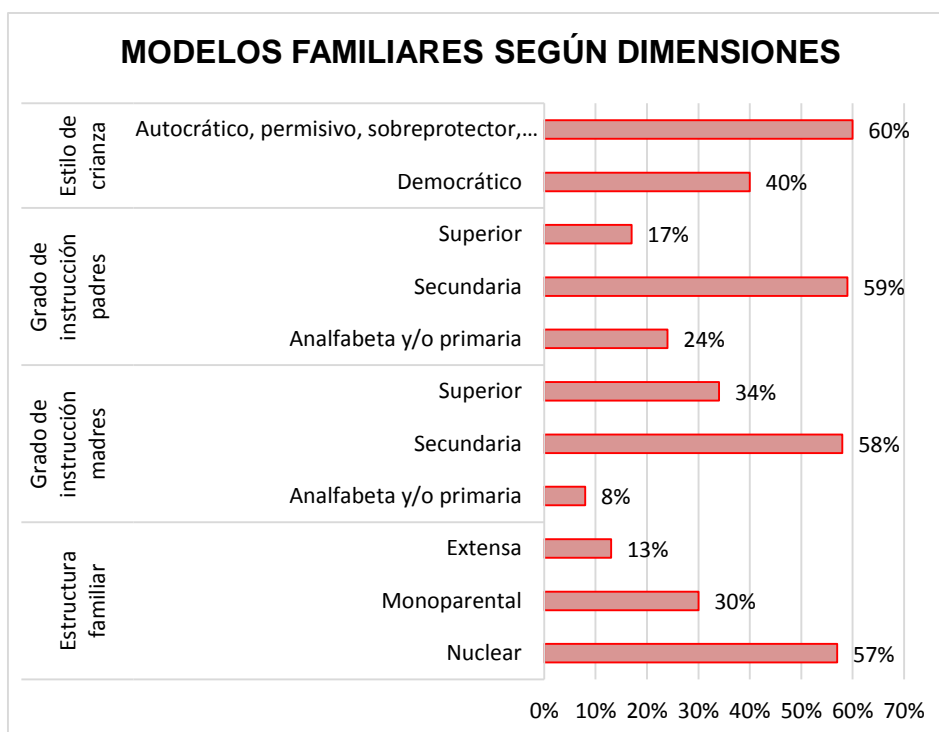
Elaborado por: Bach. Maldonado Chambilla, Gladys

DESCRIPCIÓN

En la presente tabla se aprecia que los mayores porcentajes corresponden a la estructura familiar nuclear con el 57%; estilo autocrático, permisivo, sobreprotector, negligente y manipulador que en conjunto representan el 60%; grado de instrucción secundaria de las madres con el 58%; y grado de instrucción secundaria padres con el 59%. Y el resto conformado por menos del 50% corresponde a la estructura familiar monoparental con el 30% y extensa con el 13%; estilo de crianza democrático con el 40%; grado de instrucción superior con el 34% y primaria/analfabeta con el 8% de las madres; y grado de instrucción analfabeto/primaria con 24% y superior con el 17% de los padres.

GRÁFICO N° 03

MODELOS FAMILIARES SEGÚN SUS DIMENSIONES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017



FUENTE: Tabla N° 03

TABLA N° 04

FUNCIONES DE LA FAMILIA SEGÚN EL APGAR FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017

FUNCIONES DE LA FAMILIA	S		CS		AV		CN		N		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adaptación	125	46	122	45	21	9	1	0	1	0	270	100
Participación	116	43	130	48	21	8	2	1	1	0	270	100
Ganancia	112	41	128	47	25	8	2	1	3	1	270	100
Afecto	115	42	140	52	13	6	1	0	1	0	270	100
Recursos	138	51	115	42	15	5	3	2	1	0	270	100

Fuente: Institución Educativa Jorge Chávez. Aplicación de cuestionario de identificación de modelo familiar, Tacna 2017

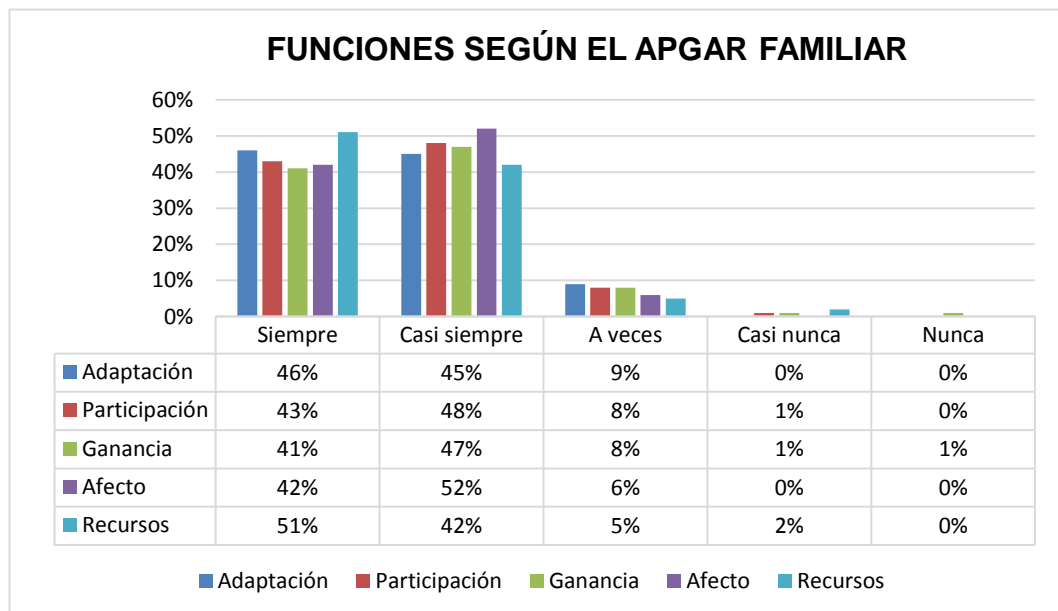
Elaborado por: Bach. Maldonado Chambilla, Gladys

DESCRIPCIÓN

En la presente tabla se aprecia que el 56% siempre percibe en su familia la función de adaptación, el 43% siempre percibe la función de participación, el 41% siempre percibe la función de ganancia, el 42% siempre percibe la función de afecto y el 51% siempre percibe la función de recurso.

GRÁFICO N° 04

FUNCIONES DE LA FAMILIA SEGÚN EL APGAR FAMILIAR DE LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017



FUENTE: Tabla N°04

TABLA N° 05

**MODELOS FAMILIARES SEGÚN LA DIMENSIÓN DE
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LOS
ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE
CHÁVEZ, TACNA – 2017**

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	N°	%
Familia funcional	92	34
Familia funcional leve	115	43
Familia funcional moderada	47	17
Familia funcional severa	16	6
Total	270	100

Fuente: Institución Educativa Jorge Chávez. Aplicación de cuestionario de identificación del modelo familiar, Tacna - 2017

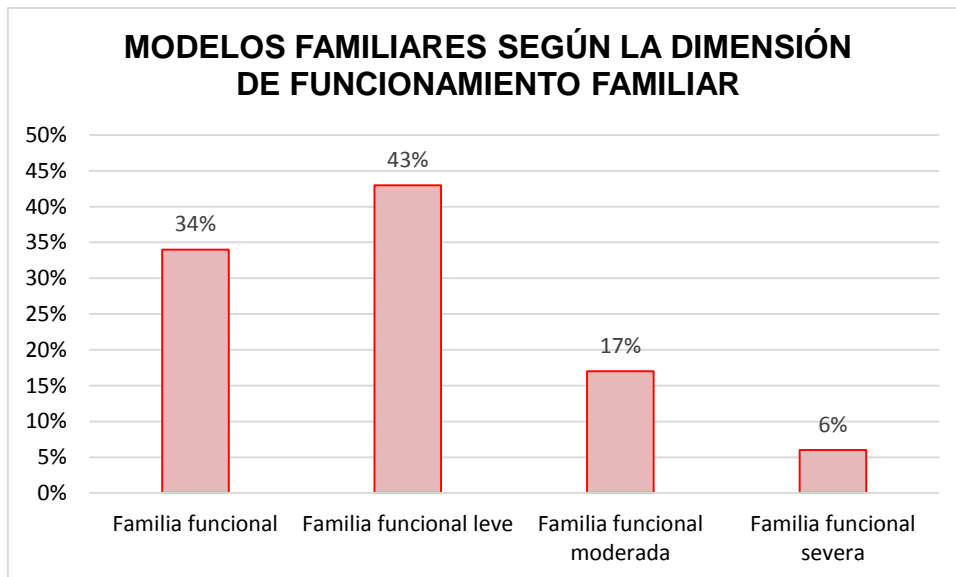
Elaborado por: Bach. Maldonado Chambilla, Gladys

DESCRIPCIÓN

En la presente tabla se evidencia que el 43% presenta familia funcional leve, el 34% familia funcional, el 17% familia funcional moderada y el 6% familia funcional severa.

GRÁFICO N° 05

MODELOS FAMILIARES SEGÚN LA DIMENSIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017



Fuente: Tabla N°05

TABLA N° 06

**MODELOS FAMILIARES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE
CHÁVEZ, TACNA – 2017**

MODELOS FAMILIARES	N°	%
IDEAL	92	34
REGULAR	162	60
NO IDEAL	16	6
Total	270	100

Fuente: Institución Educativa Jorge Chávez. Aplicación de cuestionario de identificación de modelo familiar, Tacna - 2017

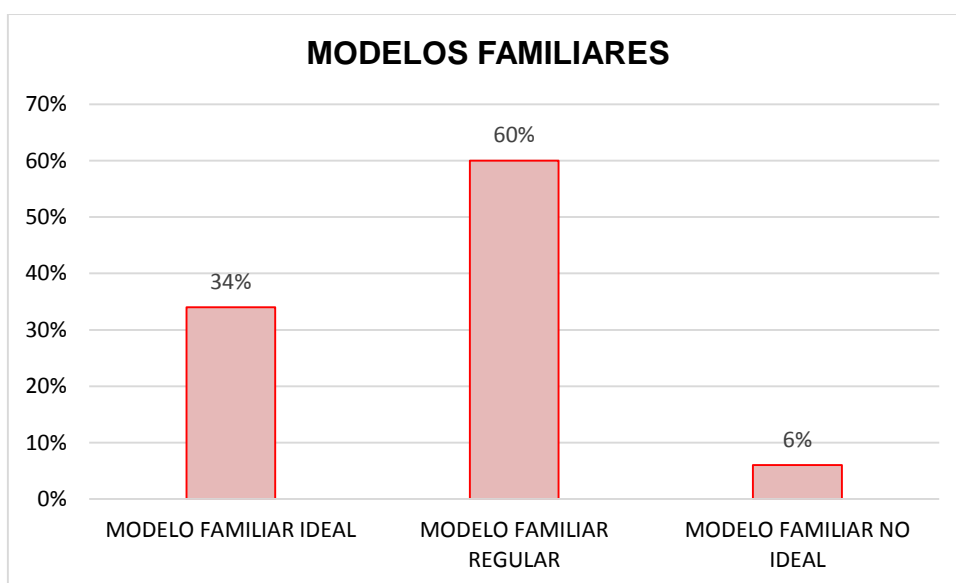
Elaborado por: Bach. Maldonado Chambilla, Gladys

DESCRIPCIÓN

En la presente tabla se aprecia que el 60% presenta modelo familiar regular, el 34% modelo familiar ideal y el 6% modelo familiar no ideal.

GRÁFICO Nº 06

MODELOS FAMILIARES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017



FUENTE: Tabla N°06

TABLA N° 07

RELACIÓN ENTRE ADICCIONES A DROGAS LEGALES Y MODELOS FAMILIARES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA - 2017

MODELOS FAMILIARES	ADICCIÓN AL TABACO						ADICCIÓN AL ALCOHOL						
	Muy baja	%	Baja	%	Moderada	%	No problemas	%	En riesgo	%	Probable dependencia	%	
Estructura familiar	Nuclear	85	31	65	24	5	2	145	53	7	3	3	1
	Extensa	46	17	31	12	3	1	76	28	3	1	1	0
	Monoparental	19	7	15	6	1	0	29	12	1	0	5	2
		Prueba Chi cuadrado $X^2=0,160$ $P=0,924 < 0,05$						Prueba Chi cuadrado $X^2=7,863$ $P=0,433 < 0,05$					
Estilos de crianza	Democrático	80	29	21	8	7	3	94	35	9	3	5	2
	Autocrático, sobreprotector, manipulador, negligente y permisivo	96	35	55	21	11	4	136	51	13	5	12	4
			Prueba Chi cuadrado $X^2=2,333$ $P=0,416 < 0,05$						Prueba Chi cuadrado $X^2=1,932$ $P=0,382 < 0,05$				
Grado de instrucción: Padre	Superior	28	11	17	6	1	0	62	23	2	1	2	1
	Secundaria	80	30	76	28	3	1	148	55	6	2	4	1
	Analfabeto y/o primaria	45	17	16	5	4	2	42	16	3	1	1	0
		Prueba Chi cuadrado $X^2=14,890$ $P=0,021 < 0,05$						Prueba Chi cuadrado $X^2=1,398$ $P=0,966 < 0,05$					
Grado de instrucción: Madre	Superior	50	19	39	14	2	1	22	8	0	0	1	0
	Secundaria	93	34	59	22	4	2	145	54	5	2	6	2
	Analfabeto y/o primaria	10	3	11	4	2	1	85	32	6	2	0	0
		Prueba Chi cuadrado $X^2=6,928$ $P=0,328 < 0,05$						Prueba Chi cuadrado $X^2=6,601$ $P=0,359 < 0,05$					
Funcionamiento familiar	Funcional	61	23	28	10	3	1	89	33	0	0	3	1
	Funcional leve	64	24	50	19	1	0	108	41	6	2	1	0
	Funcional moderado	21	8	25	9	1	0	44	16	2	1	1	0
	Funcional severo	7	3	6	2	3	1	11	4	3	1	2	1
		Prueba Chi cuadrado $X^2=22,960$ $P=0,001 < 0,05$						Prueba Chi cuadrado $X^2=21,307$ $P=0,002 < 0,05$					
MODELO FAMILIAR	IDEAL	61	23	28	10	3	1	89	33	0	0	3	1
	REGULAR	85	31	75	28	2	1	152	56	8	3	2	1
	NO IDEAL	3	1	6	2	7	3	2	0	3	1	11	4
		Prueba Chi cuadrado $X^2=22,960$ $P=0,001 < 0,05$						Prueba Chi cuadrado $X^2=21,307$ $P=0,002 < 0,05$					

Fuente: Institución Educativa Jorge Chávez. Aplicación de cuestionario de identificación de modelo familiar, Tacna - 2017

Elaborado por: Bach. Maldonado Chambilla, Gladys

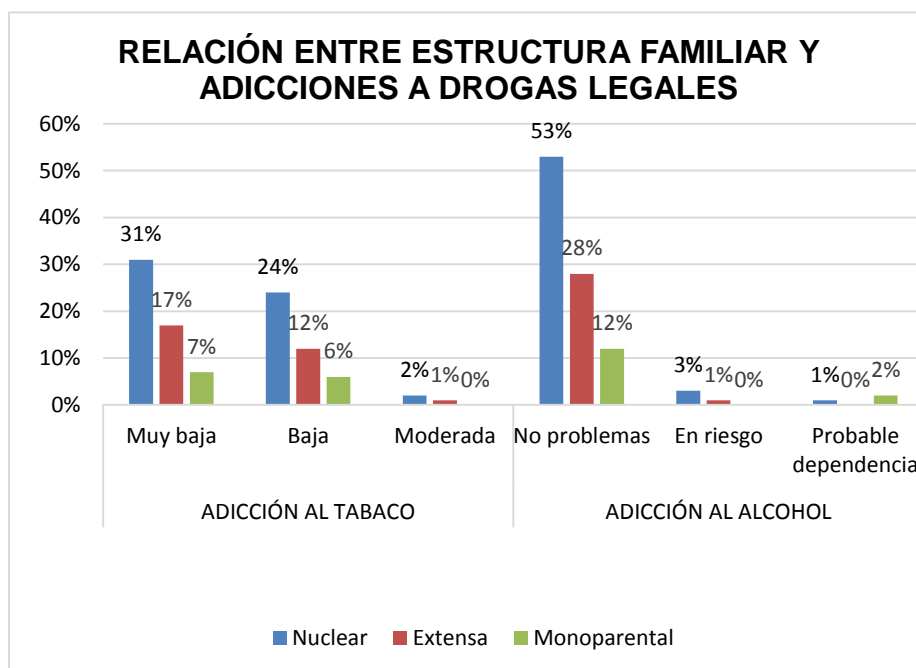
DESCRIPCIÓN

En la presente tabla acerca de la relación entre adicciones a drogas legales y modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez; en la dimensión estructura familiar, el 53% y el 31% de estudiantes pertenecientes a familias nucleares no presentan problemas con el alcohol y presentan dependencia muy baja al tabaco respectivamente; en la dimensión estilos de crianza, el 51% y el 35% de estudiantes pertenecientes a familias autoritarias, manipuladoras, negligentes, permisivas y/o sobreprotectoras no presentan problemas con el alcohol y presentan dependencia muy baja al tabaco respectivamente; en la dimensión grado de instrucción, el 55% de padres y el 54% de madres que presentan grado de instrucción secundaria no presentan problemas con el alcohol, y el 30% de padres y el 34% de madres que presentan grado de instrucción secundaria presentan dependencia muy baja al tabaco; en la dimensión funcionamiento familiar, el 41% y 24% de familias con funcionamiento familiar leve no presentan problemas con el alcohol y presentan dependencia muy baja al tabaco respectivamente; el 56% y el 31% de familias consideradas modelos familiares regulares no presentan problemas con el alcohol y presentan dependencia muy baja al tabaco respectivamente.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrado, se demuestra que existe relación entre las adicciones a drogas legales: alcohol ($p=0,002<0,05$) y tabaco ($p=0,001<0,05$) y modelos familiares según el funcionamiento familiar con alto grado de significancia.

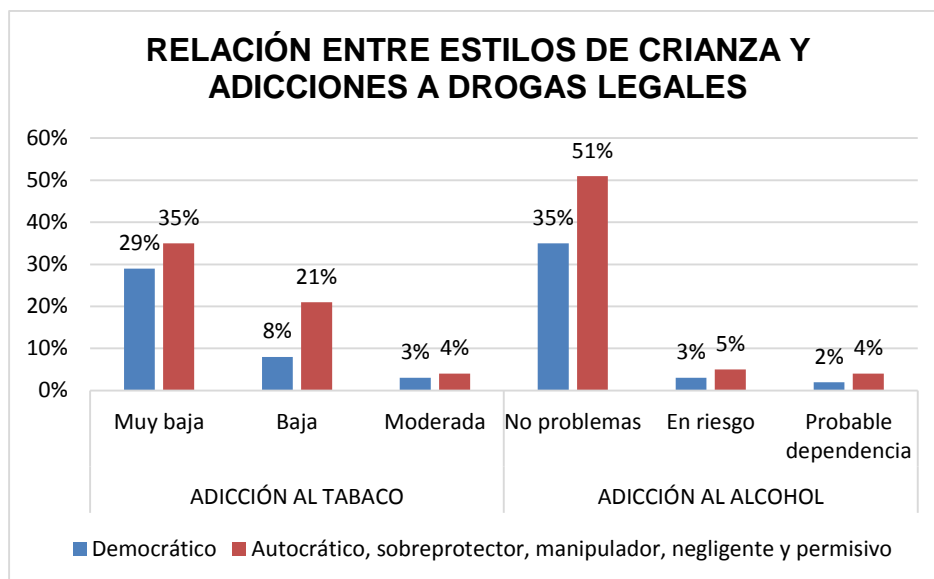
GRÁFICO N° 07

RELACIÓN ENTRE ADICCIONES A DROGAS LEGALES Y MODELOS FAMILIARES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA - 2017

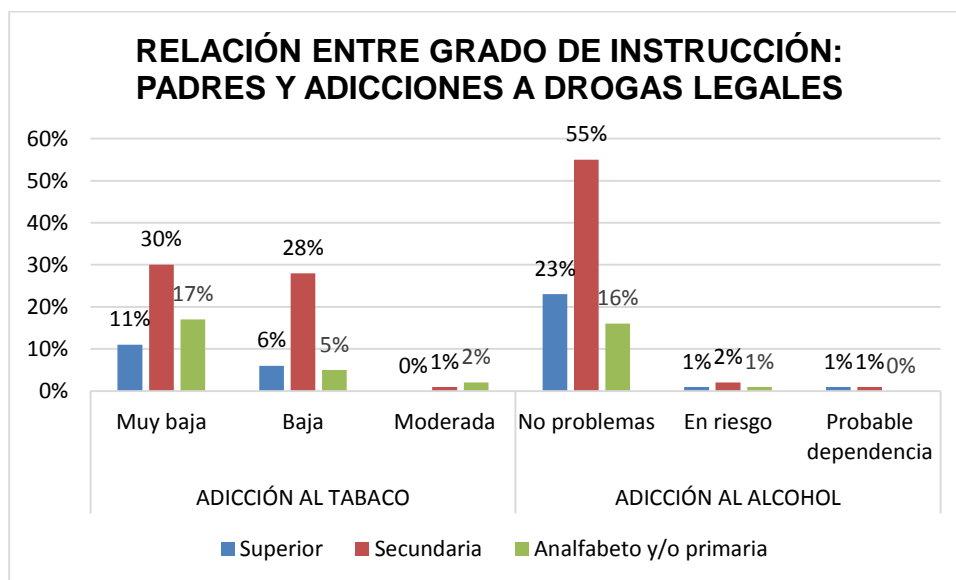


FUENTE: Tabla N° 07

CONTINÚA

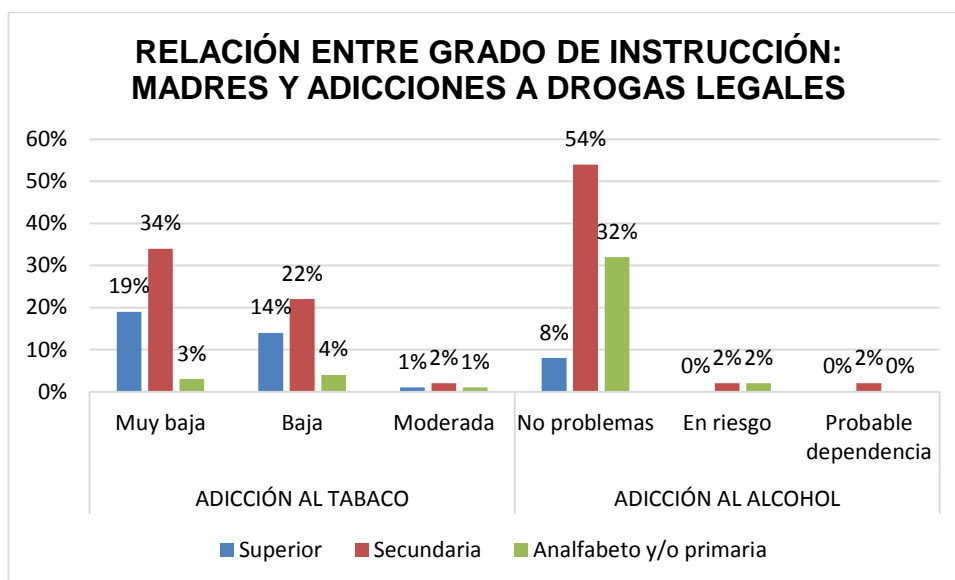


FUENTE: Tabla N° 07

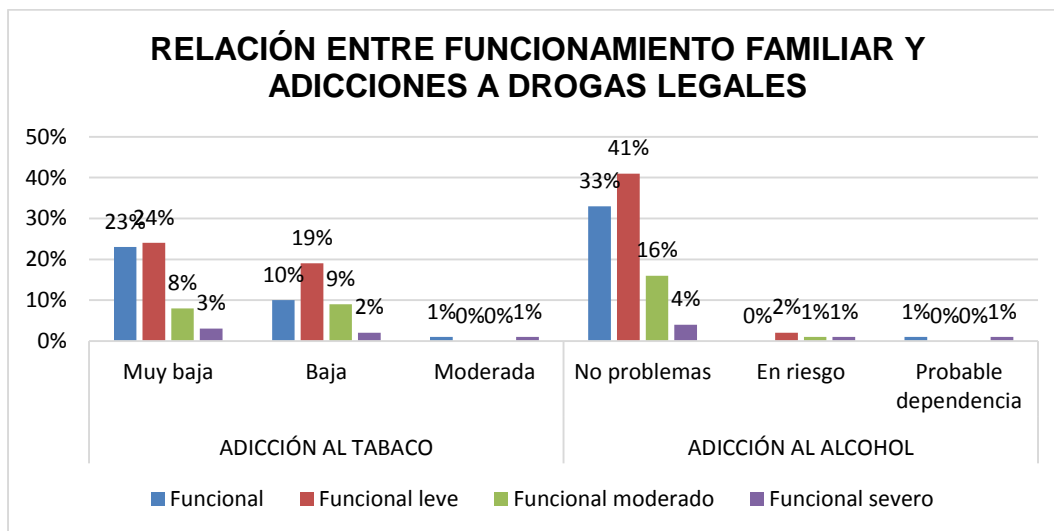


FUENTE: Tabla N° 07

CONTINÚA

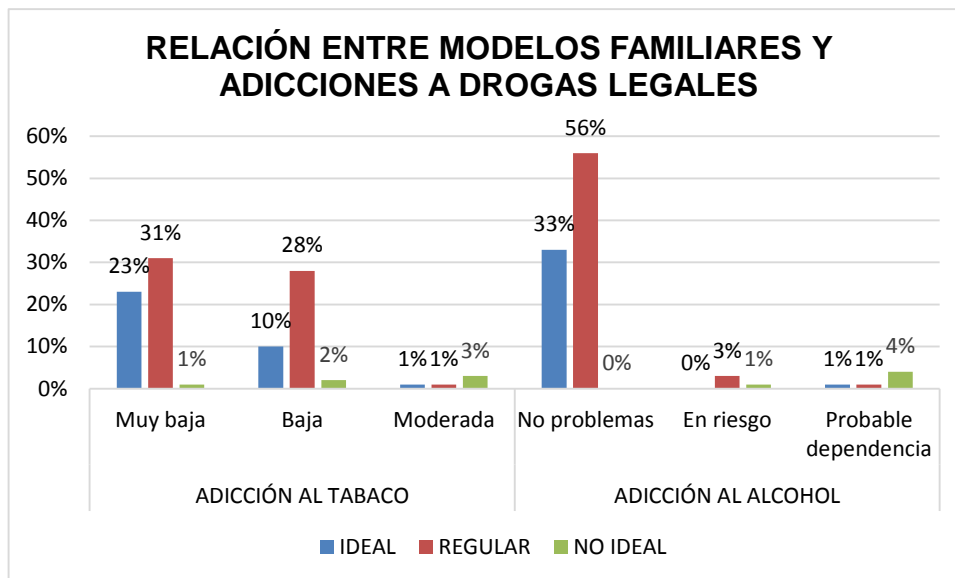


FUENTE: Tabla N° 07



FUENTE: Tabla N° 07

CONTINÚA



FUENTE: Tabla N° 07

4.2. DISCUSIÓN

En la actualidad el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes es un problema que va tomando preocupación en el mundo. En tal sentido, el presente trabajo de investigación tiene por objetivo: Analizar la relación entre las adicciones a drogas legales y modelos familiares de los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna 2017. Según los objetivos trazados se discutirá los resultados obtenidos y su relación con estudios similares:

En la **tabla N°01 y N°02**: Adicciones a drogas legales (alcohol y tabaco) en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, se aprecia que el 93% no tiene problemas relacionadas con el alcohol; el 4% es un bebedor con riesgo; y el 3% tiene problemas físico psíquico con la bebida; así mismo el 57% tiene dependencia muy baja al tabaco; el 40% dependencia baja al tabaco y el 3% dependencia moderada al tabaco.

El presente estudio contrasta con Vargas L., en su investigación: “Influencia de los factores psicosociales en el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del nivel secundario de la I.E. Modesto Basadre, Tacna - 2012”, donde el 66,1% no consumen bebidas alcohólicas, mientras que el 33,9% si las consume (39)

Coincide con Enríquez A., en su investigación: “Factores sociales que influyen en el consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de la I.E. Fortunato Zora Carvajal, Tacna – 2013”, donde el 74,4% no consume y el 25,6% de los adolescentes si consume tabaco (48).

Es similar a la investigación de Flores L., en su estudio: “Funcionamiento familiar y su relación con las conductas de riesgo en adolescentes del nivel secundario de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna – 2013”, donde el 74,4% no consume y el 25,6% de los adolescentes si consume bebidas alcohólicas (31),

Concuerda con Vázquez T., en su investigación: “Factores de riesgo para el consumo de tabaco en la adolescencia en Taumalipas, México – 2016”, donde el 76% no han fumado en el último mes y el 24% si lo hizo (49).

El alcohol y tabaco son las drogas legales que más problemas sociales generan a nivel mundial, nacional y regional; evidentemente el grado de dependencia al alcohol y tabaco en los estudiantes adolescentes de la I.E. Jorge Chávez es mínimo; sin embargo esto no deja de ser preocupante, ya que por el reconocimiento legal, uso normativo e irresponsabilidad de algunos vendedores respecto a la edad del comprador; son de fácil acceso y esa minoría que está riesgo o presenta dependencia moderada, son considerados riesgos latentes para más casos.

El cuidar a la población adolescente de los riesgos como: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, pandillajes, delincuencia suicido, huidas, entre otros, que conlleva el consumo de drogas legales es responsabilidad de la familia y por lo tanto del primer nivel de atención, por lo cual recae la responsabilidad directa a enfermería, a través de la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

En la **tabla N°03, N°04, N°05 y N°06**: Identificación de modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, los mayores porcentajes corresponden a la estructura familiar nuclear con el 59%; estilo de crianza manipulador, autocrático, permisivo, negligente y/o sobreprotector que en conjunto representan el 60%; grado de instrucción de las madres, secundaria con el 58%; grado de instrucción padres, secundaria con el 59%; funcionamiento familiar leve con el 43%. Y el resto conformado por menos del 50% corresponde a la estructura familiar monoparental con el 30% y extensa con el 13%; estilo de crianza democrático con el 40%; grado de instrucción de las madres, superior con el 34% y analfabeto y/o primaria con el 8%; grado de instrucción de los padres, analfabeto y/o primaria con el 24%, y superior con el 17%; y funcionamiento familiar funcional con el 34, funcional moderado con el 17% y funcional severo con el 6%. Por lo tanto el 60% presenta modelo familiar regular, el 34% modelo familiar ideal y el 6% modelo familiar no ideal.

El presente estudio contrasta con Pongo B., en su investigación: “Crisis normativas y su relación con el afrontamiento familiar en las familias del C.S. San Francisco, Tacna - 2016”, donde el 60,9% son familias de tipo nuclear y el 8,7% monoparental; así mismo el 93,5% de las familias presentan afrontamiento familiar moderado y el 3,3% bajo y Alto (50).

Es similar a Marlom H., en su investigación “Relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno perinatal en periodo de febrero del 2016 en Lima, Perú - 2017”, donde el 65,8% pertenece a familias con disfunción leve a moderada, familia funcional con el 18,6%, y familia funcional severa con el 15,3% (51)

En la Institución Educativa Jorge Chávez, el modelo familiar imperante es el ideal y regular; ya que los mayores porcentajes corresponden a familias nucleares y extensas, estilos de crianza democráticos, grado de instrucción de padres y madres con secundaria, familias funcionales, leve y moderadamente funcionales; esta información es de gran satisfacción para enfermería, ya que demuestra el buen trabajo que se está realizando con la familia; considerada según el Ministerio de la Salud del Perú el componente eje de la salud de toda persona, sobre todo durante la adolescencia que es la etapa más vulnerable en la vida del ser humano.

Es importante la presencia de ambos progenitores en las familias, la imagen materna durante los primeros años de vida de los hijos pueden ayudar a prevenir los temores, inculcar una sensación de confianza y prudencia normal sin demostrar demasiada protección y la imagen paterna es el encargado de instalar en la primera infancia del niño, el respeto a la autoridad, los límites y la aceptación de las leyes, si no está presente, al niño le costara más trabajo reconocer y aceptar los límites, pudiendo generarle temores hacia las figuras de autoridad, convirtiéndolos en niños inseguros, con una baja autoestima y en casos extremos puede llevarlos a desarrollar fobias, trastornos conductuales o a caer en adicciones en la adolescencia.

El grado de instrucción de los padres no asegura el buen desarrollo de los hijos en lo físico, psicológico y/o social. Muchos padres sin estudios y con estudios han logrado ser grandes emprendedores y que sus hijos sean profesionales y sin adicciones.

Los padres profesionales, generalmente se desenvuelven en un trabajo

estable, con un sueldo fijo y sin problemas económicos, pasan mayor tiempo fuera de casa, dejando solos a los hijos; esto ayuda a que sean independientes y tengan responsabilidades; a su vez es un factor de riesgo porque la soledad los induce a buscar compañía en los amigos o en los medios de comunicación y copiar conductas negativas y riesgosas para su salud. Los padres con grado de instrucción analfabeta, primaria o secundaria, se desenvuelven en trabajos eventuales o estables y pueden o no tener problemas económicos, generalmente los hijos siguen los pasos de estos y en el camino se enfrentan a los desafíos de la sociedad de optar o no conductas saludables o no saludables, como también es motivo de superación.

Todas las funciones de la familia son importantes y deben estar presentes en su máximo esplendor para logran un buen crecimiento y desarrollo del niño y/o adolescente, sin embargo puedo resaltar que una familia que no carece de afecto y donde las opiniones de todos los integrantes son importantes son considerados modelos ideales porque forman hijos con valores, humanidad y que podrán enfrentar a los factores negativos de la sociedad y tomar sus propias decisiones; sin embargo una familia que no cumpla estos requisitos, buscara esa comodidad en los amigos, y se someterá a riesgos como el consumo de alcohol y tabaco, vida sexual a temprana edad, contraer una enfermedad de transmisión sexual, pandillaje, huidas, etc.

En la **tabla N°7**: Relación entre adicciones a drogas legales en relación con modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez; en la dimensión estructura familiar, el 53% y el 31% de estudiantes pertenecientes a familias nucleares no presentan problemas con el alcohol y presentan dependencia muy baja al tabaco respectivamente; en la

dimensión estilos de crianza, el 51% y el 35% de estudiantes pertenecientes a familias autoritarias, manipuladoras, negligentes, permisivas y/o sobreprotectoras no presentan problemas con el alcohol y presentan dependencia muy baja al tabaco respectivamente; en la dimensión grado de instrucción, el 55% de padres y el 54% de madres que presentan grado de instrucción secundaria no presentan problemas con el alcohol, y el 30% de padres y el 34% de madres que presentan grado de instrucción secundaria presentan dependencia muy baja al tabaco; en la dimensión funcionamiento familiar, el 41% y 24% de familias con funcionamiento familiar leve no presentan problemas con el alcohol y presentan dependencia muy baja al tabaco respectivamente; el 56% y el 31% de familias consideradas modelos familiares regulares no presentan problemas con el alcohol y presentan dependencia muy baja al tabaco respectivamente.

Contrasta con Quispe Z., con su investigación “Familias disfuncionales y su relación con el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la I. E. N° 43005 Modesto Molina, Tacna – 2015”, donde los estudiantes sin problemas relacionados con el alcohol o bebedores en riesgo pertenecen a familias con disfuncionalidad leve y/o moderada (modelo familiar regular) con el 38,8% y los estudiantes con probable dependencia alcohólica pertenecen a familias con disfuncionalidad severa (modelo familiar no ideal) con el 10,4% (32)

Es similar a Segura J., en su investigación “Factores sociales que influyen en el consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de la I.E. San Ramón Tarata, Tacna – 2016”, donde los estudiantes que no consumen bebidas alcohólicas pertenecen a familias de tipo nuclear con el

38,5%, grado de instrucción de los padres: secundaria con el 48%, y comunicación familiar regular (modelo familiar regular según funcionalidad familiar) con el 33% (33)

Según la Teorista de Enfermería Nola Pender el modelo de promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivo- perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción (48).

Es labor de enfermería identificar cuáles son los factores que inducen al consumo de drogas legales a los estudiantes para plantear actividades de intervención para reducir los casos de escolares consumidores de alcohol, del cual este estudio refleja una realidad a tener en cuenta en nuestro crecimiento como profesionales en camino a la excelencia.

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados de la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- En las adicciones a drogas legales, se encuentran en mayores porcentajes los estudiantes que no presentan problemas relacionadas con el alcohol (93%); y presentan dependencia muy baja al tabaco (57%).
- En los modelos familiares, destacan en los mayores porcentajes estructura nuclear (57%), estilo de crianza democrático (40%) grado de instrucción secundaria en padres y madres (59% y 58%) y funcionamiento familiar leve (43%); por lo tanto modelos familiares regulares (60%).
- Existe relación significativa entre las adicciones a drogas legales: Alcohol ($p=0,002$) y tabaco ($p=0,001$) y modelos familiares según dimensión funcionamiento familiar.

RECOMENDACIONES

- Que la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Jorge Basadre Grohmann pueda considerar en el plan de estudios y/o currículo el recuento de horas para el trabajo con docentes, padres y estudiantes adolescentes a través de talleres para prevenir conductas de riesgo como consumo de alcohol y tabaco.
- Que los establecimientos de primer nivel del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, fortalezcan las capacitaciones al personal de Enfermería dedicado al crecimiento y desarrollo del adolescente y familias fuertes; así mismo hacer la réplica con los padres de familia de hijos adolescentes, sobre el fortalecimiento familiar, medidas de prevención de consumo de alcohol y los principales signos y síntomas del adolescente con algún grado de dependencia al alcohol y tabaco.
- Que la dirección de la Institución Educativa Jorge Chávez, fortalezca las gestiones con motivos de capacitar y concientizar a docentes sobre el papel importante en el desarrollo físico, afectivo – emocional, cognitivo y social del estudiante adolescente para disminuir conductas de riesgo como consumo de alcohol y tabaco.
- Que se realicen más investigaciones de tipo cualitativo, interiorizando los modelos familiares como factor importante para el consumo de drogas legales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas M. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. [Internet]. 1era edición. Perú: Biblioteca Nacional del Perú; 2013. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. Nota descriptiva: 349. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
3. ¿Cuáles son los países que consumen más alcohol y qué puesto ocupa el Perú? [internet].Perú 21. Miércoles 8 de febrero del 2017. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible: <https://peru21.pe/mundo/son-paises-consumen-alcohol-puesto-ocupa-peru-63785>
4. OMS: Al día mueren 44 peruanos por consumo de tabaco. [internet].Perú 21. Jueves 1 de junio del 2014. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible: <https://peru21.pe/lima/oms-dia-mueren-44-peruanos-consumo-tabaco-161120>
5. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. [internet]. Ginebra: OMS; 2017. Nota descriptiva. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
6. Día Mundial sin Tabaco: El cigarro causa 16,000 muertes cada año en el Perú. [internet]. Perú 21. Miércoles 31 de mayo del 2016. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible: <https://peru21.pe/lima/dia-mundial-tabaco-cigarro-causa-16-000-muertes-ano-peru-219486>
7. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. [internet]. Ginebra: OMS; 2016. Nota descriptiva. [Fecha de acceso 22 de junio del

- 2017]. URL disponible:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
8. Montiel D. River oaks community church [internet]. 2013. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible en <http://www.riveroaks.org/blog/2014/05/26/estadisticas-sobre-lafamilia-en-los-estados-unidos/>
 9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana. [internet]. México: INEGI; 2017. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/familia2017_Nal.pdf
 10. Ríos J. En México: Cuatro de 10 hogares son disfuncionales: terapeuta. [internet]. Alcalorpolítico. 17 de junio del 2014. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible: <https://www.alcalorpolitico.com/informacion/en-mexico-cuatro-de-cada-10-hogares-son-disfuncionales-terapeuta-142493.html#.WeOkyFwzIV>
 11. Devida: Consumo de licor se inicia a los 10 años. [internet]. Perú21. Jueves 22 de febrero del 2014. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: <https://peru21.pe/lima/devida-consumo-licor-inicia-10-anos-146049>
 12. Consumo de alcohol aumenta entre las adolescentes peruanas. [internet]. Perú21. Sábado 24 de diciembre del 2016. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: <https://peru21.pe/lima/consumo-alcohol-aumenta-adolescentes-peruanas-236759>
 13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2016. [internet]. Perú: INEI; 2016. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/index.html

14. Devida: Adicción al tabaco en el Perú se incrementó en los últimos años. [internet]. Perú21. Viernes 29 de mayo del 2015. [Fecha de acceso 22 de noviembre del 2017]. URL disponible: <https://peru21.pe/lima/devida-adiccion-tabaco-peru-incremento-ultimos-anos-182192>
15. El Minsa alerta: tres de cada diez escolares fuman tabaco en el país. [internet]. La República. Jueves 28 de mayo del 2015. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible: <http://larepublica.pe/sociedad/191651-el-minsa-alerta-tres-de-cada-diez-escolares-fuman-tabaco-en-el-pais>
16. Seguro Social de Salud del Perú. EsSalud advierte que consumo de tabaco se incrementa en adolescentes. [internet]. Perú: ESSALUD; 2017. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-advierete-que-consumo-de-tabaco-se-incrementa-en-adolescentes/>
17. Mendoza C. Según estudio familia disfuncional es propensa a violencia, accidentes y males. [internet]. La República. Viernes 26 de octubre del 2012. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible: <http://larepublica.pe/archivo/669489-segun-estudio-familiadisfuncional-es-propensa-a-violencia-accidentes-y-males>
18. Ministerio de comercio exterior y turismo. Conociendo al segmento de familias en el Perú. [internet]. Perú: PROMPERU; 2013. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible: <http://www.promperu.gob.pe/TurismoIN//sitio/VisorDocumentos?titulo=Conociendo%20al%20Segmento%20Familias%20en%20el%20Per%C3%BA%20&url=Uploads/publicaciones/6/Familia%20TI%202014%208%20CORRELATIVO.pdf&nombObjeto=Publicaciones&back=/TurismoIN/sitio/Publicaciones&issuuid=0/31920556>
19. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Violencia basada en género. [internet]. Perú: MIMP; 2016. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible:

https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvvg/MIMP-violencia-basada_en_genero.pdf

20. Vega L. El 4% de escolares en Tacna tiene problemas de alcoholismo. [internet]. La República. Jueves 28 de marzo del 2013. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: <http://larepublica.pe/archivo/700244-el-4-de-escolares-en-tacna-tiene-problemas-de-alcoholismo>
21. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas. [internet]. Perú: DEVIDA; 2012. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible: http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2014/12/Informe-Ejecutivo_IV-Estudio-Nacional-Prevenci%C3%B3n-y-Consumo-de-Drogas-en-Estudiantes-de-Secundaria-2012.pdf
22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Tasa de analfabetismo. [internet]. Perú: INEI; 2012. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1150/cap06.pdf
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Tasa de analfabetismo. [internet]. Perú: INEI; 2014. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1293/cap06.pdf
24. Dirección ejecutiva de Epidemiología. Análisis de la situación de salud de Tacna. [internet]. Tacna – Perú: DIRESA; 2014. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/ASIS-TACNA_v02_2014.pdf
25. Moñino M. Factores sociales relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de la región de Murcia [Tesis doctoral - en línea]. España:

- Universidad de Piura. Facultad de medicina; 2012. [Fecha de acceso 22 de mayo del 2017]. URL disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/28994/1/TESIS%20Alcohol%20-Miriam%20Mo%C3%B1ino%20Garcia.pdf>
26. Ávila M. Factores personales y psicosociales de los adolescentes en el consumo de alcohol H. Matamoros, Tamaulipas, México-2012 [Tesis doctoral - en línea]. México: Universidad de Alicante. Facultad de enfermería; 2012. [Fecha de acceso 22 de mayo del 2017]. URL disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/28995>
27. Scott E. La comunicación intrafamiliar y su influencia en el consumo de drogas en los estudiantes del décimo año de educación básica del colegio fiscal nocturno “Comdte. Rafael Morán Valverde” de la ciudad de Guayaquil- Ecuador 2015 [Trabajo de investigación para la obtención del Título de Ingeniero en Diseño Gráfico - En línea]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de comunicación social; 2015. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7960/1/TESIS.pdf>
28. Huamaní M. Factores psicosociales relacionados con el consumo y riesgo de alcoholismo en adolescentes de 4to y 5to de secundaria en el colegio estatal de San Juan de Miraflores, Lima-Perú, 2012. [Trabajo de investigación para optar el título de licenciatura en enfermería – en línea]. Perú: Universidad Ricardo Palma. Escuela de enfermería; 2012. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/381/1/Huamani_mr.pdf
29. DEVIDA. Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria. [internet]. Perú; 2012. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible: http://www.devida.gob.pe/wpcontent/uploads/2014/12/InformeEjecutivo_IV-Estudio-NacionalPrevenci%C3%B3n-y-Consumo-deDrogas-en-Estudiantes-deSecundaria-2012.pdf

30. Rojas M. Abuso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes y Vulnerabilidad Familiar [En línea]. Perú: editorial: Biblioteca Nacional del Perú; 2014. [Fecha de acceso 22 de mayo del 2017]. URL disponible en: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODCCEDRO.pdf
31. Flores L. Funcionamiento familiar y su relación con las conductas de riesgo en adolescentes del nivel secundario de la I.E. Enrique Paillardelle en Tacna – 2013. [Trabajo para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Tacna - Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Escuela de enfermería; 2013.
32. Quispe Z. Familias disfuncionales y su relación con el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina CP Natividad – Tacna, 2015. [Trabajo para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Tacna – Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Escuela de Enfermería; 2015.
33. Segura J. Familias sociales que influyen en el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la I.E. Ramón Copaja Tarata en Tacna – 2016. [Trabajo para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Tacna – Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Escuela de Enfermería; 2016.
34. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. Manual para la prevención del consumo de drogas. [Internet]. Perú: DEVIDA; 2002. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: <http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2014/12/Manual-para-la-prevenci%C3%B3n-del-consumo-de-drogas.pdf>
35. Gobierno de la Rioja. Información y prevención sobre drogas. Que son las drogas. [Internet]. Perú: INFODROGAS. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: <http://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>

36. Definición de droga. [Internet]. 2017 [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: <http://definicion.de/droga/>
37. La droga es un problema personal, familiar y social. [Internet]. 2017 [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos102/drogas-problema-personal-familiar-y-social/drogas-problema-personal-familiar-y-social.shtml>
38. Ministerio de Salud. Farmacodependencia y alcoholismo. Capítulo VIII. [Internet]. p. 52 -137. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1190_AUTOR36-6.pdf
39. Vargas L. Influencia de los factores psicosociales en el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del nivel secundario de la I. E. Modesto Basadre, Tacna – Perú, 2012. [Trabajo de investigación para optar el título de licenciatura en enfermería]. Tacna - Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Escuela de enfermería; 2012.
40. Mogollón A. Lo que tú sabes que yo no sé del alcohol. [Internet]. 2016. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. V (1): 1 – 24. URL disponible en: <https://issuu.com/andreamogollon1/docs/presentacioncartilla.pptx>
41. Ley N° 25280. Código penal. Artículo N° 274. Boletín oficial el peruano, número 635, (08-04-91).
42. Ministerio de Salud. Libres del humo del tabaco. [internet]. Perú: MINSA; 2015. [Fecha de acceso 22 de septiembre del 2017]. URL disponible: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/sintabaco/index.html>
43. Guevara A, Yanes D, Rodríguez B. Perfil psicopedagógico de adolescentes miembros de familias funcionales y disfuncionales, inscritos en el Instituto Nacional Segundo Montes. [Trabajo de investigación para optar el título de Licenciada en psicología – en línea]. San Miguel – El Salvador – Centro América: Universidad El Salvador. Departamento de Ciencias y Humanidades sección de Psicología; 2013. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en:

<http://ri.ues.edu.sv/5463/1/50107896.pdf>

44. Bradshaw J. La familia. [En línea]. México: Selector; 2005. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: <https://es.scribd.com/doc/240984941/140216626-La-Familia-John-Bradshaw-pdf>
45. Un paso hacia la Luz A.C. Familias disfuncionales, un riesgo en la adolescencia. [Internet]. México, 2017. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: <https://www.facebook.com/unpasohacialaluz/posts/741943959313492:0>
46. León M. ¿Qué es una familia funcional? [Internet]. Perú, 2012. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: <https://www.rexpuestas.com/secciones/notas-al-margen/que-es-una-familia-funcional/>
47. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978; 3: 235-246.
48. Enriquez A. Factores sociales que influyen en el consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de la I.E. Fortunato Zora Carvajal, Tacna - 2013. [Trabajo para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Tacna – Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Escuela Profesional de Enfermería; 2014.
49. Vázquez M. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en la adolescencia en Taumalipas – México. [Tesis doctoral – en línea]. Alicante – España: Universidad de Alicante. Departamento de enfermería; 2015. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54453/1/tesis_maria_guadalupe_esmeralda_vazquez.pdf
50. Pongo B. Crisis normativas y su relación con el afrontamiento familiar en las familias del C.S. San Francisco, Tacna - 2015. [Trabajo para optar el

título profesional de Licenciada en Enfermería]. Tacna - Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Escuela Profesional de enfermería; 2016.

51. Marlom R. Relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno perinatal en periodo de febrero del 2016 - Lima. [Trabajo para optar el título profesional de Médico Cirujano – en línea]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Escuela Académica Profesional de Medicina Humana; 2016. [Fecha de acceso 22 de junio del 2017]. URL disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4696/1/Rafael_cm.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 01

TABLA N° 08

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA - 2017

		Frecuencia	Porcentaje
Edad de los estudiante	11 - 12 años	49	18
	13 - 14 años	92	34
	15 - 17 años	129	48
	Total	270	100
Sexo del estudiante	Femenino	127	47
	Masculino	143	53
	Total	270	100
Año de estudios	1°	50	18
	2°	51	19
	3°	53	20
	4°	55	20
	5°	61	23
	Total	270	100

Fuente: Institución Educativa Jorge Chávez. Aplicación de cuestionario de identificación de modelo familiar, Tacna - 2017

Elaborado por: Bach. Maldonado Chambilla, Gladys

DESCRIPCIÓN:

La presente tabla revela que el 48% tienen entre 15 y 17 años, 34% entre 13 y 14 años y el 18% entre 11 y 12 años; el 53% es del sexo masculino y el 47% del sexo femenino; y que el 23% son de 5° de secundaria, el 20% de 4° y 3° de secundaria, 19% de segundo de secundaria y el 18% de primero de secundaria.

TABLA N° 09

**CONDUCTA DE RIESGO DE ALGÚN MIEMBRO DE FAMILIA DE LA
MUESTRA DE ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ
TACNA - 2017**

	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Papá	71	26%	199	74%	270	100%
Mamá	21	8%	249	92%	270	100%
Hermanos	14	5%	256	95%	270	100%
Tío(a)	44	16%	226	84%	270	100%
Primo(a)	18	7%	252	93%	270	100%
Abuelo(a)	24	9%	246	91%	270	100%

Fuente: Institución Educativa Jorge Chávez. Aplicación de cuestionario de identificación de modelo familiar, Tacna - 2017

Elaborado por: Bach. Maldonado Chambilla, Gladys

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla se evidencia que el 26% de los padres, el 8% de las madres, el 5% de los hermanos, el 16% de los tíos, el 7% de los primos, y el 24% de los abuelos, presentan alguna conducta de riesgo.

ANEXO N° 02

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

06 JUN 2017

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 7422-2017-FACS-UNJBG

Tacna, 02 de junio del 2017

VISTO:

El Oficio N° 265-2017-ESEN/FACS, remitido el 01.06.17, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis, y autorización para ejecución presentado por la Est. Gladys Maldonado Chambilla, y

CONSIDERANDO:

Que, la Est. Gladys Maldonado Chambilla, de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio N° 265-2017-ESEN/FACS, remitido el 01.06.17, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **ADICIONES A DROGAS LEGALES Y SU RELACIÓN CON MODELOS FAMILIARES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017**, presentado la Est. Gladys Maldonado Chambilla, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Lic. Jenny Mendoza Rosado;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora a la Lic. Jenny Mendoza Rosado, se procede a autorizar la ejecución del Proyecto de Tesis;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

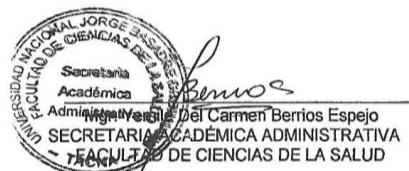
ART. 1°: Oficializar la Designación como Asesora a la Lic. Jenny Mendoza Rosado, para el Proyecto de Tesis titulado: **ADICIONES A DROGAS LEGALES Y SU RELACIÓN CON MODELOS FAMILIARES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017**, presentado la Est. Gladys Maldonado Chambilla, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ART. 2°: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por la Est. Gladys Maldonado Chambilla, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DISTR. ESEN., INTERESADO., arch.



YDCBE/tr.-

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria – Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.

ANEXO N° 03

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN LA I.E. JORGE CHAVEZ



Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

OFICIO N° 319-2017-ESEN/FACS
Tacna, 2017 Junio 19

Señora:
Prof. Carmen Flores Layme
DIRECTORA DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ
Presente.



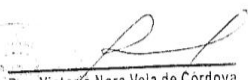
ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

De mi consideración:

Por el presente me dirijo a Ud., con la finalidad de saludarla y, a la vez hacer de su conocimiento que la Egresada Gladys Maldonado Chambilla de la Escuela Profesional de Enfermería, viene ejecutando su Proyecto de Tesis : ADICCIÓN A DROGAS LEGALES EN RELACIÓN CON MODELOS FAMILIARES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA-2017, según R.F. N°7422-2017-FACS-UNJBG, por lo que agradeceré a Ud. se sirva AUTORIZAR la aplicación de su instrumento mediante encuestas a los estudiantes de secundaria de 12 a 17ª años, brindándole las facilidades que requiera el caso y de esta manera pueda cumplir con los objetivos trazados.

Agradeciéndole por anticipado la atención que merezca el presente, reitero a Ud., mis saludos y estima personal. Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,


Dra. Victoria Nora Vela de Cordova
DIRECTORA E.P. ENFERMERÍA

Adj: Lo indicado

ANEXO N° 04

INSTRUMENTO N°01

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
**ADICCIÓN A DROGAS Y SU RELACIÓN CON LOS MODELOS
FAMILIARES**

TEST AUDIT

(Test de identificación de desórdenes por uso de alcohol)

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrarás una serie de frases acerca de situaciones que te podrían estar ocurriendo. Te pedimos que contestes con la máxima sinceridad posible marcando con una X sobre la opción que te identifique. Si te surge alguna duda mientras marcas la respuesta levanta la mano y con gusto responderemos.

La evaluación:

Le recordamos que la información obtenida de este instrumento es de carácter confidencial y será manejado única y exclusivamente por la investigadora.

ITEMS	CRITERIOS	MARQUE CON UNA X
1.¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	
	Una o menos veces al mes	
	De 2 a 4 veces al mes	
	De 2 a 3 veces a la semana	
	Cuatro o más veces a la semana	
2.¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo	Una o 2	
	Tres o 4	
	Cinco o seis	

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

Muchas gracias.

Si la respuesta es sí, marque con una X las siguientes preguntas:

ÍTEMS	CRITERIOS	MARQUE CON UNA X
1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Menos de 15	
	De 16 a 25	
	Más de 25	
2. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Al despertar (menos de 30 minutos)	
	Después de desayunar (más de 30 minutos)	
3. ¿Fuma más en las mañanas?	Si	
	No	
4. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	Si	
	No	
5. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero del día	
	Cualquier otro	
6. ¿Fuma aunque este enfermo y tenga que pasar la mayor parte del tiempo en cama?	Si	
	No	
7. ¿Inhala el humo?	Nunca	
	A veces	
8. ¿Qué cantidad de nicotina contiene mi cigarrillo?	Baja (menos 0.5mg)	
	Alta (0.6 a 1.1mg)	

Muchas gracias.

ANEXO N° 06

INSTRUMENTO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
**ADICCIÓN A DROGAS Y SU RELACIÓN CON LOS MODELOS
FAMILIARES**

CUESTIONARIO

IDENTIFICACIÓN DEL MODELO FAMILIAR

INSTRUCCIONES:

Estimados estudiantes para el presente instrumento necesitamos que usted conteste estas preguntas con la mayor sinceridad posible por lo cual se le agradece marcar con una "X" a la alternativa que considere conveniente.

La evaluación:

Le recordamos que la información obtenida de este instrumento es de carácter confidencial y será manejado única y exclusivamente por la investigadora.

FECHA :

I. PARTE : DATOS PERSONALES:

1. **EDAD** :
2. **SEXO** : Femenino () Masculino ()
3. **AÑO DE ESTUDIOS:** 1° () 2° () 3° () 4° () 5° ()

II. PARTE: IDENTIFICACIÓN DEL MODELO FAMILIAR

4. ¿Con quienes vives en tu casa? (estructura familiar)

AFIRMACIONES	SI	NO
4.1 Mama y papá con o sin hermanos (nuclear)		
4.2 Solo mamá o sola papá con o sin hermanos (monoparental)		
4.3 Mama, papá, hermanos, primos, tíos, abuelos (extensa)		

5. ¿Qué grado de instrucción tienen tus padres? (grado de instrucción)

AFIRMACIONES	MADRE	PADRE
5.1 Analfabeto		
5.2 Primaria		
5.3 Secundaria		
5.4 Superior		

6. Mi familia se caracteriza porque mis padres (estilo de crianza):

AFIRMACIONES	SI	NO
6.1 Me ayudan a aprender a valirme por mi mismo(a) y a pensar en las consecuencias de mi comportamiento y/o decisiones. (democrático)		
6.2 Me dicen lo que debo hacer, sin darme opción a preguntar, escoger u opinar. (autoritario)		
6.3 No me imponen límites, aceptan mi comportamiento, sea bueno o malo y son muy afectuosos conmigo. (permisivo)		
6.4 Me protegen demasiado y no me dejan tomar mis propias decisiones ni valirme por mi mismo (a) (sobreprotector)		
6.5 No me imponen límites y tampoco me proporcionan afecto o cariño. (negligente)		
6.6 Me inducen a tomar decisiones o asumir comportamientos diferentes a lo que yo hubiese hecho a partir de mi propia decisión. (manipulador)		

7. ¿Alguien de tu familia consume alcohol o tabaco?

	SI	NO
Papa		
Mama		
Hermanos		
Tío (a)		
Primo (a)		
Abuelo (a)		

8. ¿Cómo percibo a mi familia?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> N = NUNCA | <input type="checkbox"/> CS= CASI SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> CN = CASI NUNCA | <input type="checkbox"/> S = SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> AV = A VECES | |

AFIRMACIONES	N	CN	AV	CS	S
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad (adaptación)					
2. Me satisface que mi familia me permita participar en las decisiones importantes. (participación)					
3. Me satisface que mi familia acepte y apoye mis deseos de emprender nuevas metas, propósitos para mi vida. (ganancia)					
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor. (afecto)					
5. Me satisface como compartimos en familia: El tiempo para estar juntos, los espacios en casa y la interrelación familiar cuando nos vamos de paseo. (recursos)					

Muchas gracias.

ANEXO N° 07

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participación en tesis: ADICCIONES A DROGAS LEGALES Y SU RELACION CON MODELOS FAMILIARES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ, TACNA – 2017.

El/La Sr. /Sra. _____ Identificado/a con DNI N° _____, manifiesto mi aceptación, consintiendo que mi menor hijo(a), estudiante del _____ de secundaria de la Institución Educativa Jorge Chávez, participe de forma voluntaria y ANONIMA como sujeto de estudio, habiendo sido informado previamente de los objetivos, metodología y beneficios/riesgos del proyecto de investigación. Además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma y DNI del investigador
principal

Firma y DNI del padre/madre del
participante

ANEXO N° 08

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS (MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

DATOS GENERALES

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO

1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO:

1.3. TITULO PROFESIONAL:

1.4. GRADO ACADEMICO: _____

1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION

N°	Indicadores	Criterios	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible	1 0	3 0	5 0	7 0	90
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación	1 0	3 0	5 0	7 0	90
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,	1 0	3 0	5 0	7 0	90
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas	1 0	3 0	5 0	7 0	90
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas	1 0	3 0	5 0	7 0	90
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las	1 0	3 0	5 0	7 0	90

		estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación					
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos	1 0	3 0	5 0	7 0	90
8	Coherencia interna	Entre dimensiones, indicadores ,ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación	1 0	3 0	5 0	7 0	90
9	Metodología	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)	1 0	3 0	5 0	7 0	90
10	Inducción a la respuesta (calidad)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta	1 0	3 0	5 0	7 0	90
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado	1 0	3 0	5 0	7 0	90

ASPECTOS DE VALIDACION:

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD : a) Deficiente _____ b) baja _____ c) regular _____
D) buena _____ E) muy buena _____

2. Promedio de valoración: _____ Fecha y Lugar _____

3. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítems por favor indique)

Firma del Experto
DNI:

ANEXO N° 09

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO N° 01

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO:

TEST : AUDIT

DATOS GENERALES

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Miranda Dorcasie, Flor de María
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: C.S. San Francisco
- 1.3. TITULO PROFESIONAL: Licenciada en Enfermería
- 1.4. GRADO ACADEMICO: _____
- 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION
Adicciones a drogas legales y su relación con modelos farmacológicos en estudiantes de la I.E. Jorge Chávez

N°	Indicadores	Criterios	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible			X		
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					X
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,					X
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas					X
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas					X
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación					X
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos					X
8	Coherencia interna	Entre dimensiones, indicadores ,ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación					X
9	Metodológica	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)					X
10	Inducción a la respuesta (calidad)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta					X
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado				X	

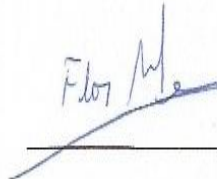
ASPECTOS DE VALIDACION:

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente ____ b) baja ____ c) regular ____ D) buena ____ E) muy buena X

2. Promedio de valoración: 85 Fecha y Lugar C.S. Sanfructos / 21-06-19

3. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)

Considero que está correcto para la investigación.



Firma del Experto

DNI: 00472815

**FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO:
TEST: AUDIT**

DATOS GENERALES

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Ochoa Pani, Alex
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: C.S. San Francisco
- 1.3. TITULO PROFESIONAL: Licenciado en Enfermería
- 1.4. GRADO ACADEMICO: _____
- 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION
Adecciones a choqas legales y su relación con modelos familiares en Estudiantes de la I.E. Jorge Chavez, Taena - 2017

N°	Indicadores	Criterios	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				X	
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación			X		
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,				X	
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas					X
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas				X	
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación				X	
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos					X
8	Coherencia interna	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación					X
9	Metodológica	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)				X	
10	Inducción a la respuesta (calidad)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta				X	
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					X

ASPECTOS DE VALIDACION:

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente ____ b) baja ____ c) regular ____ D) buena
 E) muy buena _____

2. Promedio de valoración: 73 Fecha y Lugar CS. San Francisco/21-06-17

3. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)



Firma del Experto
DNI: 40123039

**FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO:
TEST: AUDIT**

DATOS GENERALES

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Yaneth Valverde Frisancho
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORAR/CARGO: Hospital del día del HNHU
 1.3. TITULO PROFESIONAL: Licenciada en Enfermería
 1.4. GRADO ACADEMICO: _____
 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION
Adicciones a drogas legales y su relación con modelos familiares es estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna 2017

N°	Indicadores	Criterios	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				X	
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					X
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,				X	
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas					X
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas					X
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación				X	
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos				X	
8	Coherencia interna	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación				X	
9	Metodológica	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)					X
10	Inducción a la respuesta (calidad)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta					X
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					X

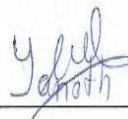
ASPECTOS DE VALIDACION:

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente ____ b) baja ____ c) regular ____ D) buena ____ E) muy buena X

2. Promedio de valoración: 81 Fecha y Lugar C.S. San Francisco/21-06-17

3. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)

Modificar la terminología "punteje" por "Marcar" con una "X"
debido a que podría direccionar la respuesta



Firma del Experto

DNI: 45052826

ANEXO N° 10

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO N° 02

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO: TEST DE FAGERSTROM

DATOS GENERALES

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Miranda Socasaino, Flor de Olcúa

1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: C.S. Don Francisco

1.3. TITULO PROFESIONAL: Licenciada en Enfermería

1.4. GRADO ACADEMICO: _____

1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION

Adecuación a dogmas legales y su relación con modelos
femurales en estudiantes de la J.E. Jorge Chavez, Tarma- 2017

N°	Indicadores	Criterios	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible	10	30	50	70	90
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación	10	30	50	70	90
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,	10	30	50	70	90
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas	10	30	50	70	90
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas	10	30	50	70	90
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación	10	30	50	70	90
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos	10	30	50	70	90
8	Coherencia interna	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación	10	30	50	70	90
9	Metodológica	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)	10	30	50	70	90
10	Inducción a la respuesta (calidad)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta	10	30	50	70	90
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado	10	30	50	70	90

ASPECTOS DE VALIDACION:

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente _____ b) baja _____ c) regular _____ D) buena _____ E) muy buena X

2. Promedio de valoración: 86 Fecha y Lugar CS San Francisco / 21-6-17

3. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)

Florencia

Firma del Experto
DNI: 00472815

**FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO:
TEST: FAGERSTROM**

DATOS GENERALES

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Ochoa Parí, Alex

1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: C.S. San Francisco

1.3. TITULO PROFESIONAL: Licenciado en Enfermería

1.4. GRADO ACADEMICO: _____

1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION
Adicciones a drogas legales y su relación con modelos familiares en estudiantes de la I.E. Jorge Chavez, Tacna - 2017

N°	Indicadores	Criterios	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				X	
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					X
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,				X	
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas					X
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas				X	
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación					X
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos					X
8	Coherencia interna	Entre dimensiones, indicadores ,ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación					X
9	Metodología	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)					X
10	Inducción a la respuesta (calidad)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta				X	
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					X

ASPECTOS DE VALIDACION:

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente _____ b) baja _____ c) regular _____ D) buena _____ E) muy buena X

2. Promedio de valoración: 82 Fecha y Lugar C.S. San Francisco / 21-06-17

3. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)

 Aleja

Firma del Experto
DNI: 40123039

**FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO:
TEST: FAGERSTROM**

DATOS GENERALES

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Valverde Frisoncho, Yaneth
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: Hospital del día del HNHU
- 1.3. TITULO PROFESIONAL: Licenciada en Enfermería
- 1.4. GRADO ACADEMICO: _____
- 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION
Adicciones a drogas legales y su relación con modelos familiares en estudiantes de la I.E. Jorge Chavez, Torona - 2017.

N°	Indicadores	Criterios	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				X	
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					X
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,				X	
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas					X
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas					X
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación				X	
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos				X	X
8	Coherencia interna	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación				X	
9	Metodológica	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)					X
10	Inducción a la respuesta (calidad)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta					X
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					X

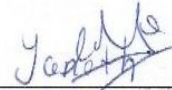
ASPECTOS DE VALIDACION:

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente _____ b) baja _____ c) regular _____ D) buena _____ E) muy buena 8

2. Promedio de valoración: 82 Fecha y Lugar C.S. San Francisco/21-06-17

3. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)

A diferencia del Instrumento del Audit que da opción a marcar
si nunca se consumió alcohol en el de fagerstrom: no se tiene
esa alternativa, ya que hay estudiantes que nunca han consumido
Tabaco. Incrementar: ¿Fumas cigarrillos? Si () No ()
¿ desde cuando? ¿ Que te conllavo?



Firma del Experto
DNI: 48052826

ANEXO N° 11

VALIDACION DEL INSTRUMENTO N° 03

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO: CUESTIONARIO: IDENTIFICACIÓN DE MODELOS FAMILIARES

DATOS GENERALES

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Miranda Decasaire, Flor de María
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: C.S. San Francisco
- 1.3. TITULO PROFESIONAL: Licenciada en Enfermería
- 1.4. GRADO ACADEMICO: _____
- 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION
Adicciones a juegos legales y su relación con modelos familiares en estudiantes de la I.E. Jorge Chavez, Tarma - 2017.

N°	Indicadores	Criterios	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				X	
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					X
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,				X	
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas					X
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas					X
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación				X	
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos				X	
8	Coherencia interna	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación				X	
9	Metodológica	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)					X
10	Inducción a la respuesta (calidad)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta					X
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					X

ASPECTOS DE VALIDACION:

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente ____ b) baja ____ c) regular ____ D) buena ____ E) muy buena X

2. Promedio de valoración: 81 Fecha y Lugar C.S. San Francisco/21-06-17

3. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)

Los aspectos están claros y precisos para el estudio de
investigación a desarrollar

F. M. / e

Firma del Experto
DNI: 00472815

**FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO:
CUESTIONARIO: IDENTIFICACIÓN DE MODELOS FAMILIARES**

DATOS GENERALES

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Ochoa Pari, Alex

1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: C.S. San Francisco

1.3. TITULO PROFESIONAL: Licenciado en Enfermería

1.4. GRADO ACADEMICO: _____

1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION
Adicciones a drogas legales y su relación con modelos familiares en estudiantes de la I.F. Jorge Chávez, Tarma - 2017

N°	Indicadores	Criterios	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible			X		
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación		X			
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,				X	
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas				X	
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas			X		
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación				X	
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos				X	
8	Coherencia interna	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación				X	
9	Metodológica	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)			X		
10	Inducción a la respuesta (calidad)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta					X
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado				X	

ASPECTOS DE VALIDACION:

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente _____ b) baja _____ c) regular _____ D) buena
X E) muy buena _____

2. Promedio de valoración: 63 Fecha y Lugar C.S. San Francisco / 21-06-17

3. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)



Firma del Experto
DNI: 40123039

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO:
CUESTIONARIO: MODELOS FAMILIARES

DATOS GENERALES

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Yaneth Valverde Frisancho
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: Hospital del día del HNHU
- 1.3. TITULO PROFESIONAL: Licenciada en enfermería
- 1.4. GRADO ACADEMICO: _____
- 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION
Adicciones a drogas legales y su relación con modelos familiares en estudiantes de la I.E. Jorge Chávez de la I.F.

N°	Indicadores	Criterios	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	Claridad de la redacción	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible			X		
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					X
3	Pertinencia	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,					X
4	Organización	Hay una secuencia lógica en las preguntas					X
5	Suficiencia	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas					X
6	Intencionalidad	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación					X
7	Consistencia	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos					X
8	Coherencia interna	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación					X
9	Metodología	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico (proceso de la investigación)					X
10	Inducción a la respuesta (calidad)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta					X
11	Lenguaje	Esta acorde al nivel del que será entrevistado				X	

ASPECTOS DE VALIDACION:

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente _____ b) baja _____ c) regular _____ D) buena _____ E) muy buena X

2. Promedio de valoración: 85 Fecha y Lugar CS San Francisco / 21-06-17

3. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)

Para el desarrollo de una adicción incluye tanto el ambiente
(modelo familiar), como la parte genética (predisposición).
Incrementar algunas interrogantes: ¿Alguien de tu familia
consume alcohol, tabaco o ambos? Si () No ()
Quien...



Firma del Experto
DNI: 45052826

ANEXO N° 12

VALIDACIÓN DE CRITERIOS DE LOS INSTRUMENTOS: IDENTIFICACIÓN DE MODELOS FAMILIARES, TEST DE FARESTROM Y TEST DE AUDIT

Para la validación de los instrumentos para la investigación titulada **“Adicciones a drogas legales y su relación con los modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017”**, se ha sometido a evaluación a cuatro profesionales del área de salud y de metodología de investigación.

A continuación, presenta los puntajes de la hoja de preguntas para la validación:

Tabla 1: Puntajes a las preguntas de validación

PREGUNTA	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4
Pregunta 1	3	4	5	4
Pregunta 2	2	4	5	3
Pregunta 3	4	4	4	4
Pregunta 4	4	5	5	5
Pregunta 5	3	5	4	4
Pregunta 6	4	5	5	4
Pregunta 7	4	5	5	5
Pregunta 8	4	5	5	5
Pregunta 9	3	5	4	4
Pregunta 10	3	5	4	4
Pregunta 11	3	4	5	4

Para verificar la homogeneidad interna entre los expertos se procede a calcular el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach. Este valor mide la

consistencia interna de los ítems; varía entre -1 y 1. Para una mejor calificación el coeficiente se ubica en la siguiente tabla de valoración:

$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$	Nivel
-1 a 0	No es confiable
0,01 - 0,49	Baja confiabilidad
0,50 - 0,69	Moderada confiabilidad
0,70 - 0,89	Alta confiabilidad
0,90 - 1,00	Muy alta confiabilidad

A continuación, los resultados al aplicar la fórmula

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right] = 0,729$$

Como el coeficiente alfa de Cronbach es de 0,729, indica que existe alto grado de confiabilidad por consistencia interna. En consecuencia. La validación por juicio de expertos es muy favorable por alto grado de valoración y consistencia interna entre ellos, es decir, todos lo evalúan de manera favorable.

Por lo tanto, los instrumentos para realizar la investigación “**Adicciones a drogas legales y su relación con los modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez, Tacna - 2017**”, es válido.

VALIDEZ DE CONTENIDO POR ITEMS DE VARIABLE DE LOS INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO: IDENTIFICACIÓN DE MODELOS FAMILIARES

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Experto 1	8,6667	,580	,596	,703
Experto 2	8,5417	,868	,344	,808
Experto 3	8,5833	,688	,582	,703
Experto 4	8,5833	,601	,788	,587
Coeficiente de validez= 0,766				

Interpretación

El experto 1, considera muy pertinente la propuesta de los ítems ($0,596 > 0,200$); así también el experto 2 ($0,344 > 0,200$), el experto 3 ($0,582 > 0,200$) y el experto 4 ($0,788 > 0,200$). Por otro lado, existe validez global de 0,766 el cual es mayor al valor crítico 0,200.

Por lo tanto, el instrumento elaborado tiene validez de contenido.

TEST DE AUDIT

Interpretación

Todos los ítems tienen valoración máxima, aceptado óptimamente por todos los expertos, en consecuencia, el instrumento elaborado tiene validez de contenido al 100%.

TEST DE FAGERSTROM

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Experto 1	8,7647	,316	,847	,453
Experto 2	8,6471	,743	,300	,832
Experto 3	8,7647	,441	,433	,750
Experto 4	8,7647	,316	,847	,453
Coeficiente de validez= 0,739				

Interpretación

El experto 1, considera muy pertinente la propuesta de los ítems ($0,847 > 0,200$); así también el experto 2 ($0,300 > 0,200$), el experto 3 ($0,433 > 0,200$) y el experto 4 ($0,847 > 0,200$). Por otro lado, existe validez global de 0,739 el cual es mayor al valor crítico 0,200.

Por lo tanto, el instrumento elaborado tiene validez de contenido.

ANEXO N° 13

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO (Prueba piloto)

Para el proceso, se aplicó la prueba a una muestra piloto conformada por 14 personas, cuyas respuestas se tabularon para determinar la coherencia de las respuestas emitidas.

Los elementos numéricos que corresponde a las respuestas son:

N°	REACTIVOS EVALUADOS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	10
1	3	3	3	4	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	3	2	4	4	5	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	3	3	2	3	3	3	2	1
3	3	4	5	4	4	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
4	3	3	3	4	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	4	4	3	4	5	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	3	3	3	4	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
7	1	2	4	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	3	1	4	1	2	3
8	4	4	3	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	4	2	2	3	3	2	3
9	5	4	5	5	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	2	1	2	1	1	1
10	3	3	3	3	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	5	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	3	2	3	4	3	4	3	3	1	1
12	3	4	3	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	5	3	5	3	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
14	3	3	3	4	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right] = 0,748$$

De acuerdo con los resultados, el alfa de Cronbach es de 0,748 que se puede valorar como alto. En consecuencia, el instrumento es confiable.

ANEXO N° 14

PRUEBA DE INDEPENDENCIA CHI-CUADRADO

Prueba estadística de hipótesis

Hipótesis nula

Ho: Las adicciones a drogas legales no tiene relación significativa con los modelos familiares de donde provienen los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez. Tacna, 2017.

Hipótesis alterna

Ha: Las adicciones a drogas legales tiene relación significativa con los modelos familiares de donde provienen los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez. Tacna, 2017.

Regla de decisión

Si el valor $Sig > 0,05$ se acepta Ho

Si el valor $Sig < 0,05$ se acepta Ha

Test de prueba Chi cuadrado

En el programa SPSS se tiene los siguientes resultados:

Adicción al alcohol – modelos familiares			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,294 ^a	6	,002
Razón de verosimilitudes	18,649	6	,005
Asociación lineal por lineal	6,317	1	,012
N de casos válidos	270		
a. 8 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .41.			

Adicción al tabaco – modelos familiares			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,294 ^a	6	,001
Razón de verosimilitudes	16,279	6	,012
Asociación lineal por lineal	8,472	1	,004
N de casos válidos	270		
a. 4 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .47.			

Decisión

Como el valor Sig.=0,001 y Sig.=0,002 son menores a 0,05 se decide aceptar la hipótesis alterna (Ha)

Por lo tanto, con un nivel de confianza del 95% se demuestra que las adicciones a drogas legales tiene relación significativa con los modelos familiares de donde provienen los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez. Tacna, 2017.

ANEXO N° 15

CÁLCULO DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N: Tamaño de la población

Z: Nivel de confianza

p: Probabilidad de acierto o éxito

q: Probabilidad de desacierto o fracaso

e: Nivel de precisión

n: Tamaño de la muestra

Reemplazando los datos.

N=751 z=1,96 p=0,5 q=0,5 e= 0,05 n= ?

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

$$n : \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)(903)}{(0,05)^2(903-1)+(1,96)^2(0,5)(0,5)}$$

$$n : \frac{(3,8416)(0,25)(903)}{(0,0025)(902)+(3,84)(0,25)}$$

$$n : \frac{867.2412}{2.255+0,96}$$

$$n : \frac{867,2412}{3.215}$$

$$n : 270$$

La muestra con que se trabajará es de 270 estudiantes del nivel secundario.

ANEXO N° 16

POBLACION DE ESTUDIO

ADOLESCENTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JORGE CHAVEZ” DISTRIBUIDOS POR GRADOS SEGÚN SEXO

SEXO GRADO	VARON	MUJER	TOTAL
PRIMERO	93	100	193
SEGUNDO	87	100	187
TERCERO	85	89	174
CUARTO	107	79	186
QUINTO	86	77	163
TOTAL			903

MUESTREO ALEATORIO ESTRATIFICADO

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA MEDIANTE REGLA DE TRES SIMPLE

GRADO	POBLACION	MUESTRA
PRIMERO	$193 \times 270 / 903$	57
SEGUNDO	$187 \times 270 / 903$	56
TERCERO	$174 \times 270 / 903$	52
CUARTO	$186 \times 270 / 903$	56
QUINTO	$163 \times 270 / 903$	49
TOTAL		270

ANEXO Nº 17

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ADICCIONES A DROGAS LEGALES Y SU RELACIÓN CON MODELOS FAMILIARES EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. JORGE CHÁVEZ

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES							METODOLOGÍA
			VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA VALORATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	
¿Qué relación existe entre las adicciones a drogas legales y los modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez?	GENERAL: Analizar la relación entre las adicciones a drogas legales y los modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez.	ALTERNATIVA: Las adicciones a drogas legales tienen relación significativa con modelos familiares de donde provienen los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez.	VARIABLE INDEPENDIENTE: MODELOS FAMILIARES	Se define como el espacio adecuado para el crecimiento y desarrollo a nivel personal, donde las relaciones que se dan van moldeándose y estructurándose de diferentes formas, y cambiando con el paso del tiempo.	Estructura familiar	- Nuclear - Monoparental - Extensa	4.1, 4.2, 4.3	Modelo familiar ideal: 18 - 20 Modelo familiar regular: 10 - 17 Modelo familiar no ideal: menos de 9	ORDINAL	Enfoque de investigación: Cuantitativo. Tipo de investigación: Descriptivo. Nivel de investigación: Correlacional Diseño de investigación: No experimental. Método de la investigación: Inductivo. Población: 903 estudiantes adolescentes.
Grado de instrucción de padres	- Analfabeto - Primaria - Secundaria - Superior	5.1, 5.2, 5.3, 5.4								
Estilo de crianza	- Democrática - Autocrático - Permisivo - Sobreprotector - Negligente - Manipulador	6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6								
Funcionalidad familiar	- Adaptación - Participación - Ganancia - Afecto - Recursos	8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5								

	ESPECIFICOS - Identificar las adicciones a drogas legales en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez. - Identificar los modelos familiares de donde provienen los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez. - Describir las adicciones a drogas legales y su relación con modelos familiares en los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez.	NULA: Las adicciones a drogas legales no tienen relación significativa con modelos familiares de donde provienen los estudiantes de la I.E. Jorge Chávez.	VARIABLE DEPENDIENTE: ADICCIONES A DROGAS LEGALES	Es un problema de salud pública que consiste en el acto de tomar y/o ingerir alcohol o tabaco desmedidamente, volviéndose dependiente al mismo. BEBIDA ALCOHÓLICA: Son aquellas bebidas que contienen alcohol etílico o etanol en su composición.	Consumo de riesgo de alcohol Síntomas de dependencia Consumo perjudicial de alcohol	- Frecuencia de consumo - Cantidad típica - Frecuencia del consumo elevado - Pérdida de control sobre el consumo - Aumento de la relevancia del consumo - Consumo matutino - Sentimiento de culpa tras el consumo - Lagunas de memoria - Lesiones relacionadas con el alcohol - Otros se preocupan por el dominio	1, 2, 3 4, 5, 6 7,8,9	- No problemas relacionados con el alcohol: 0 – 7 puntos. - Bebedor de riesgo: 8 – 12 puntos. - Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica: 13 – 40 puntos.	ORDINAL	Muestra: 270 estudiantes adolescentes. Muestreo: Probabilístico aleatorio. Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario Técnicas para el procesamiento de datos: Estadística, descriptiva e inferencial. Técnicas para informe final: De acuerdo al esquema de ESEN.
				CIGARRILLO: Cilindro pequeño y delgado (de unos 8 cm. de longitud y unos 8 mm. de grosor) hecho con tabaco picado y envuelto en un papel especial muy fino que se fuma quemándolo por un extremo.	Consumo de cigarrillo Evolución de la dependencia nicotínica	- Cantidad de cigarrillos consumidos - Compulsión por fumar - Dependencia nicotínica	1, 2 2,4,8 3,5,6,7	- Dependencia muy baja: 0 – 1 punto. - Dependencia baja: 2 – 3 puntos. - Dependencia moderada: 4 – 5 puntos. - Dependencia alta: 6 – 7 puntos. - Dependencia muy alta: 8 – 10 puntos.		