

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

FAMILIAS DISFUNCIONALES Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO  
DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES DE LA I.E.

N° 43005 MODESTO MOLINA C.P. LA NATIVIDAD

TACNA - 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Zara Quispe Mamani

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

FAMILIAS DISFUNCIONALES Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO  
DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES DE LA I.E.  
N° 43005 MODESTO MOLINA C.P. LA NATIVIDAD  
TACNA - 2015

**TESIS**

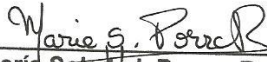
Presentada por:

**BACH. ZARA QUISPE MAMANI**

Para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado

  
Dra. María Soledad Porras Roque  
Presidente

  
Dra. Victoria Nora Vela de Córdova  
Jurado

  
Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto  
Jurado

  
Lic. Jenny Concepción Mendoza Rosado  
Asesora

## DEDICATORIA

*Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico mi trabajo a Dios.*

*A mis padres, quienes en todo momento me han brindado su apoyo incondicional, por el esfuerzo que día a día realizan para dedicarme lo mejor de sí.*

*A mis hermanos que siempre han estado junto a mí y brindándome su apoyo incondicional.*

## **AGRADECIMIENTO**

- *A mis amados padres, por brindarme su apoyo incondicional.*
  
- *A mi asesora, Lic. Jenny Mendoza Rosado, por el profesionalismo y dedicación en la orientación de la presente investigación. Un gran ejemplo a seguir para mi vida.*
  
- *A mis Profesores de la Escuela Académica Profesional de Enfermería, quienes me han brindado sus grandes conocimientos.*
  
- *A mis compañeros de estudios, por su amistad y por los momentos llenos de alegrías que nunca olvidaré.*
  
- *Mis sinceros agradecimientos al director, profesores y adolescentes de la I.E. N° 43005 Modesto Molina, y a todos los que hicieron posible este trabajo.*

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	4
1.1 Fundamentos y formulación del problema .....	4
1.2 Objetivos.....	11
1.3 Justificación .....	12
1.4 Formulación de la hipótesis .....	14
1.5 Operacionalización de variable .....	15
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	16
2.1 Antecedentes de la investigación.....	16
2.2 Bases teóricas .....	22
2.3 Definición conceptual de términos .....	75

<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>77</b>
3.1 Material y métodos .....	77
3.2 Población y muestra .....	77
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	78
3.4 Procedimiento de recolección de datos .....	90
3.5 Procesamiento de datos .....	91
<b>CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>92</b>
4.1 Resultados.....	92
4.2 Discusión .....	117
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>135</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>136</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Pág.</b>
1. DISTRIBUCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	93
2. DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL .....	95
3. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD PREVALENTE DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	97
4. DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN SEXO...99	
5. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	101
6. DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS.....	103
7. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD PREVALENTE DEL CONSUMO DE DROGAS .....	105
8. DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS SEGÚN SEXO...107	
9. DISTRIBUCIÓN POR INCIDENCIA DE CONSUMO DE DROGAS.....	109
10. DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN RELACIÓN A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	111
11. DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN RELACIÓN A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ADOLESCENTES .....	114

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico	Pág.
1. DISTRIBUCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR .....	94
2. DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	96
3. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD PREVALENTE DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	98
4. DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN SEXO.	100
5. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	102
6. DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS.....	104
7. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD PREVALENTE DEL CONSUMO DE DROGAS .....	106
8. DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS SEGÚN SEXO...	108
10. DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN RELACIÓN A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ADOLESCENTES .....	113
11. DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN RELACIÓN A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	116

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación existente entre familias disfuncionales y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la Institución Educativa N°43005 Modesto Molina, mediante un estudio descriptivo, correlacional, y de corte transversal; aplicado a una muestra no probabilística por conveniencia de 48 adolescentes de 3ero a 5to de secundaria como población total y se utilizaron tres Test: Apgar familiar, AUDIT y detección de uso, abuso y/o dependencia de distintas sustancias. Se trabajó con el 95% de confiabilidad y nivel de significancia del  $p < 0,05$  para relacionar las variables. *Resultados:* El 33,3% pertenecen a familias disfuncionales, el 50% y 58,3% consumen alcohol y drogas respectivamente. *Conclusiones:* Existe relación significativa entre familias disfuncionales y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de dicha institución.

**Palabras clave:** Familia disfuncional, consumo, alcohol, drogas, adolescente.

## **ABSTRACT**

The aim of the study was to determine the relationship between dysfunctional families and consumption of alcohol and drugs in adolescents of School No. 43005 Modesto Molina, a descriptive, correlational study, and cross-cutting; applied to a non-probabilistic convenience sample of 48 teenagers from 3rd to 5th high as total population and three Test were used: family Apgar, AUDIT and detection of use, abuse and / or dependence of different substances. We worked with 95% reliability and significance level of  $p < 0, 05$  to relate variables. Results: 33,3% come from dysfunctional families, 50% and 58,3% respectively consume alcohol and drugs. Conclusions: There is significant relationship between dysfunctional families and consumption of alcohol and drugs among adolescents in the institution.

**Keywords:** Dysfunctional Family, consumption, alcohol, drugs, teen.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia, es una etapa crítica y está sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social, por ello son más propensos a adoptar conductas de riesgo, como es el consumo de alcohol y drogas a temprana edad. A si mismo son fácilmente influenciados por distintos factores, tales como los familiares.

Según el informe de DEVIDA 2 012 <sup>(5)</sup> en el Perú el, 48,6% de escolares consumen drogas, siendo el alcohol la droga más consumida. Tacna es el 5to departamento con las prevalencias más altas de consumo de drogas legales (30,2) y el 1er lugar de consumo de drogas ilegales (7,9%). El entorno familiar, que incluye a los padres y hermanos y otros familiares, es el principal entorno de inicio del consumo de alcohol y drogas.

Además, es importante resaltar que se evidencio durante las prácticas pre profesionales en la I. E. N° 43005 Modesto Molina, la presencia y consumo de bebidas alcohólicas.

Por otro lado, las principales consecuencias del consumo de alcohol y drogas, son: el fracaso escolar, el mal juicio que puede exponer al riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas y arriesgadas, el suicidio.

Conscientes de esta realidad y siendo labor del enfermero(a) la promoción de la salud y prevención, se desarrolla la presente investigación cuyo objetivo es determinar la relación entre familias disfuncionales y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la I. E. N° 43005 Modesto Molina. Con el propósito de que los resultados del estudio permita establecer las coordinaciones entre el sector salud, educación y la familia, a fin de que la situación encontrada promueva la formulación de programas de educación para la salud dirigida a los grupos de riesgo

El estudio está constituido por 4 capítulos: Capítulo I: Planteamiento del problema donde describe el problema, se formula el problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y se describen las variables. Capítulo II: Marco teórico de la investigación, se desarrolla los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. Capítulo III: Metodología de la investigación, se describe el tipo y diseño de la

investigación, se plantea el material y métodos, se selecciona la población, se describe las técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos, así mismo el procesamiento de datos. Capítulo IV: Presentación e interpretación de resultados, se expone en tablas y gráficos los resultados y se realiza la discusión. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Fundamentos y formulación del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa comprendida entre 10 y 19 años de edad, en donde se producen trascendentales cambios hormonales, bioquímicos, somáticos, psicológicos y sociales, que conducen al ser humano de la niñez a la madurez.

Así mismo, la familia juega un papel importante en la vida de un y una adolescente ya que la formación del individuo comienza desde el núcleo familiar. Es la encargada, de orientar, impulsar la existencia de este, procurar que tenga la posibilidad de ser un adulto capaz de valerse por sí mismo, de convivir y compartir con otras personas, de construir un mundo que les permita realizar su proyecto de vida con sentido humano. Cuando comienza a distorsionar su función principal ante la sociedad y antepone a ello los conflictos, se le etiqueta como familia

disfuncional. Es aquí donde pierde el carácter protector que facilita el difícil tránsito de la niñez a la adolescencia.

A nivel mundial el consumo de bebidas alcohólicas y drogas se han convertido en graves problemas sociales; no solamente por el incremento progresivo de consumidores, sino por la edad de inicio en el consumo y los efectos nocivos a corto, mediano y largo plazo.

El Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) del 2012, estimó que el número de muertes resultantes del consumo de drogas a nivel mundial osciló entre 99 000 y 253 000, o entre 22,0 y 55,9 muertes por cada millón de personas de 15 a 64 años.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2 012, informó que el consumo de alcohol contribuye con más de 200 enfermedades y lesiones, incluyendo la cirrosis hepática y algunos tipos de cáncer. El consumo de alcohol contribuyó a la muerte de alrededor de 300 000 personas en 2012, según sus cifras. Y más de 80 000 no habrían fallecido si el efecto de las bebidas alcohólicas no hubiera estado presente en sus vidas.

En el Perú según el último censo del Instituto de Estadística e Informática (INEI) del 2011, los adolescentes peruanos representan el 19,9 % de la población total.

Según el Ministerio de Salud (MINSA) 2013; el consumo de drogas aumentó alarmantemente en los menores: 1 150 adolescentes de entre 12 y 17 años, han recibido atención médica en los hospitales públicos del país, por sufrir adicciones a la cocaína y a la marihuana. Asimismo, se ha brindado tratamiento en dichos establecimientos a un total de 1,987 menores con serios problemas de alcoholismo.

El Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria Perú de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) del 2012. Refiere que el 40,5% de los escolares han probado alguna droga legal, alguna vez en su vida. Los reportes, dan cuenta que el 8,1% de los escolares han ingerido droga ilegal. La edad promedio de inicio del consumo de drogas legales se ubica en los 13,3 años, mientras que en las drogas ilegales, oscila entre los 12 y 14,3 años. El éxtasis registra una edad promedio de inicio similar a las de la marihuana, PBC y cocaína.

El alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los escolares. Entre las drogas ilegales, la marihuana es la más usada, seguida de los inhalantes, las sustancias cocaínicas y el éxtasis.

La existencia de antecedentes delictivos en la familia y el grupo de pares es un factor que influye negativamente en el uso de sustancias. El entorno familiar, que incluye a los padres y hermanos (19,4%) y otros familiares (17,1%), es el principal entorno de inicio del consumo de alcohol (36,5%).

El Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) 2013. Informó que el 80% de los jóvenes involucrados en el abuso de sustancias, proceden de familias donde hay un miembro o más con antecedentes de abuso de alcohol u otras drogas. El 8.17% de la muestra total procede de familias donde por lo menos hay un miembro con problemas de salud mental (depresión mayor, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, psicosis, entre otros cuadros clínicos).

El estudio de los Niveles Socioeconómicos de la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM) 2013; refiere que en el Perú existen 7 813 382 familias; donde el

60% son nucleares, el 22% son familias extendidas y el 18% familias compuestas por personas sin parentesco directo.

El Estado de la Población Peruana, realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2 014, en el Perú existen alrededor de 8 millones de hogares, de este total, aproximadamente el 76% corresponde a hogares del área urbana y el restante 24%, al área rural. En un análisis paralelo donde solamente se evaluaron los hogares monoparentales, se constata el predominio de aquellos que son administrados por mujeres solas en un 81,9%.

Según el informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Perú INEI 2 013; el 73,5% de hogares es conducido por un varón y el 26,5% por una mujer. Es oportuno resaltar que este 26,5% de familias, que son conducidas por una mujer, se deba a razones de divorcio, abandono, viudez y que tienen que asumir la difícil tarea de cuidar y educar a los hijos.

En términos departamentales, la mayor proporción de los niños menores de 15 años que vivía sólo con su mamá, se presentó en Lima con 25,1%, seguido Tacna con 24,1%.

De acuerdo a dominios regionales, el Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) del 2012. Tacna es el 5to departamento con las prevalencias más altas de consumo de drogas legales (30,2%), ubicándose por encima del promedio nacional (23,3%). Respecto al consumo de sustancias ilegales, Tacna ocupa el primer lugar registrando, una prevalencia de consumo de drogas legales (7,9%), que es más del doble que el promedio nacional (3,8%) y significativamente más alta que las que registran Lima (5,5%) y Callao (5,2%).

En el Centro Poblado la Natividad, se observa la presencia de venta de drogas tanto legales como ilegales, alcoholismo, drogadicción y violencia familiar. La Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina se encuentra en el mencionado centro poblado, cuenta con una población de 171 alumnos de los cuales 88 son del nivel secundario, donde se han reportado incidencia de consumo de bebidas alcohólicas y drogas. Se evidenció en dicha institución, durante la práctica de la asignatura de Enfermería en Salud del Escolar y Adolescentes, incidencia en el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en los adolescentes de secundaria.

De allí nace la importancia de realizar el estudio de investigación sobre familias disfuncionales y su relación con el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de dicha institución, ya que para los profesionales de enfermería es importante identificar y sensibilizar a la comunidad en general sobre los problemas actuales de salud mental, tomando como énfasis la etapa de vida de los adolescentes que se constituyen en un grupo de alta vulnerabilidad.

En base a lo expuesto anteriormente y por el afán de contribuir en la generación de conocimientos respecto al problema de estudio es que surgió la siguiente pregunta:

¿Qué relación existe entre familias disfuncionales y el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes de la Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina del Centro Poblado la Natividad Tacna - 2 015?

## 1.2 Objetivos

### **Objetivo general:**

- Determinar la relación existente entre familias disfuncionales y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la Institución Educativa N°43005 Modesto Molina del Centro Poblado la Natividad Tacna - 2 015.

### **Objetivo específico:**

- Identificar familias disfuncionales en adolescentes de la Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina del Centro Poblado la Natividad Tacna - 2 015.
- Identificar el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina del Centro Poblado la Natividad Tacna - 2 015.
- Establecer la relación entre familias disfuncionales y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la Institución Educativa N°43005 Modesto Molina del Centro Poblado la Natividad Tacna- 2 015.

### 1.3 Justificación

En nuestro país, los problemas de consumo de alcohol y drogas, ha ido en incremento con el paso del tiempo y los más vulnerables son los adolescentes ya que se encuentran atravesando por una etapa de cambios y transformaciones. Cuando dicha etapa está influenciada por situaciones que crean inestabilidad al adolescente, como la ineficiente comunicación, resolución de problemas, afecto, adaptabilidad, participación y la “familia se torna disfuncional”, puede desencadenar conductas de riesgo, como es el consumo de alcohol y drogas.

Estas sustancias están asociadas con una variedad de consecuencias negativas; el fracaso escolar, el mal juicio que puede exponer a los adolescentes, el riesgo de accidentes, violencia, delincuencia, relaciones sexuales no planificadas y arriesgadas.

Dentro de la población escolar a nivel nacional, el alcohol es la sustancia legal más consumida, seguido de la marihuana; siendo la edad promedio 13 años. El entorno familiar, es el principal entorno de inicio del consumo de alcohol y drogas.<sup>(5)</sup> Se evidenció en la I. E. N°43005 Modesto Molina, durante la práctica pre-

profesional, incidencia en el consumo de bebidas alcohólicas y drogas por los adolescentes de secundaria.

Conscientes de esta realidad y siendo labor del enfermero(a) la promoción de la salud y prevención, se desarrolla la presente investigación con el propósito de que los resultados del estudio permitan establecer las coordinaciones entre el sector salud, educación, familia y comunidad, a fin de que la situación encontrada promueva la formulación de programas de educación para la salud, dirigida a los grupos de riesgo, creando actividades familiares; que facilitan la comunicación, que ayudan a mejorar la convivencia, que contribuyen la prevención de conductas de riesgo y al mejoramiento de la calidad de vida de la familia.

## **1.4 Formulación de la hipótesis**

### **Hipótesis general**

- Existe relación entre familias disfuncionales y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina del Centro Poblado la Natividad Tacna- 2 015

### **Hipótesis específicas:**

- Existen familias disfuncionales en adolescentes de la Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina del Centro Poblado la Natividad Tacna - 2 015.
- Existe el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina del Centro Poblado la Natividad Tacna- 2 015.

### 1.5 Operacionalización de variable

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE  Disfunción familiar	Es la respuesta manifestada por los adolescentes de la I.E. N° 43005 Modesto Molina sobre cómo se relacionan los miembros de su familia; en el ambiente emocional, organización y solución de conflictos; que es obstaculizada por la manera de comunicarse.	Funcionalidad familiar: Adaptación  Participación  Ganancia  Afecto  Recursos	<u>Test APGAR familiar</u> Ítems: 1  2  3  4  5	Nominal  Buena función familiar  Disfunción familiar leve  Disfunción familiar moderada  Disfunción familiar severa
VARIABLE DEPENDIENTE  Consumo de alcohol y drogas	El consumo de alcohol es el acto de tomar y/o ingerir alcohol (mínimo 0,5 gramos por litro de sangre, equivalente a una copa y media de vino), el cual se produce por la fermentación de azúcares de los jugos o zumos de diversas plantas o de frutos.  El consumo de drogas es el acto de ingerir (mínimo 0,5 gramos por litro de sangre) una cantidad de sustancia vegetal o química, que al ingresar al organismo, altera el Sistema Nervioso Central (SNC), provocando efectos nocivos en el resto del organismo.	Consumo de alcohol:  Consumo de riesgo de alcohol  Síntomas de dependencia  Consumo perjudicial de alcohol  Consumo de drogas:  Uso Abuso Dependencia	<u>Test AUDIT</u> Ítems:  1 a 3  4 a 6  7 a 10  <u>Test para detectar uso, abuso y/o dependencias de distintas sustancias</u> Ítems: 1 a 3 4 a 7 8 a 13	Ordinal  No problemas relacionados con el alcohol  Bebedor de riesgo  Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica  Ordinal  Uso Abuso Dependencia

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

**FLORES B, BARBOSA I. (2010)** En su trabajo de investigación denominado “Influencia del factor familiar en la conducta problemática de alumnos de secundaria Venustiano Carranza de Puebla” cuyo propósito era comprender y explicar la influencia del contexto familiar en el desarrollo psicológico y ofrecer una panorámica actualizada de las variables que existe en este ámbito, Concluyendo que la familia influye en 75% en la conducta problemática del alumnado, el cual la adquiere viendo este modelo como ejemplo. <sup>(11)</sup>

**RIOFRÍO R, CASTANHEIRA L. (2010)** En su estudio “Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador”. Mediante una investigación de tipo cualitativo, descriptivo. La población fue de 77 niños y adolescentes infractores, de los cuales diez participaron. Concluyeron en tres temas: la carencia del apoyo familiar; las influencias del entorno en

que se desarrollan los jóvenes y el desconocimiento del efecto que causan las drogas y los planes para el futuro. Se identificó que la droga más consumida fue la marihuana, seguida del alcohol e inhalantes. Las causas que llevaron a estos jóvenes a consumir drogas, contribuyeron a la identificación de sus necesidades y de los espacios importantes para el cuidado en salud, con énfasis en la promoción de la salud. <sup>(12)</sup>

**MOSQUEDA A, CARVALHO M. (2 011)** En su estudio “Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile.” Mediante una investigación cuantitativa, descriptiva-transversal y exploratoria, el universo correspondió a 5 905 escolares de quinto y sexto y la muestra correspondió a 61 estudiantes. Concluyeron que el 86,9% de los adolescentes percibieron las relaciones familiares, en general, como factor protector, la alta comunicación con los padres. El acumulo de tensiones, problemas de salud y comportamiento fueron vistos como factores protectores por la mayoría, un número pequeño de estudiantes lo considera como factor neutro, en ambos casos asociados al consumo de alcohol y drogas por parte de algún miembro de la familia. <sup>(13)</sup>

**COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO Y VIDA**

**SIN DROGAS (2 012)** En su Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria. El tipo de investigación fue cuantitativo, diseño transversal. La muestra fue probabilística, bietápica y estratificada (48,025 estudiantes de 1ero a 5to de secundaria). Las conclusiones fueron: El 40,5% de los escolares han probado alguna droga legal, ya sea alcohol o tabaco, alguna vez en su vida. Los reportes de consumo de sustancias ilegales, tales como marihuana, PBC, cocaína, inhalantes, éxtasis, alucinógenos y otras, dan cuenta que el 8,1% de los adolescentes han ingerido estas drogas alguna vez en su vida El 5,5% de los adolescentes ha consumido drogas médicas sin receta o prescripción de un galeno alguna vez en su vida. La edad promedio de inicio del consumo de alcohol y tabaco se ubica en los 13,3 años. En las drogas ilegales, la edad promedio de inicio oscila entre los 12 y 14,3 años. El alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los escolares. Entre las drogas ilegales, la marihuana es la más usada, seguida de los inhalantes, las sustancias cocaínicas y el éxtasis. <sup>(6)</sup>

**MACAVILCA J. (2 013)** En su estudio “Funcionamiento familiar y estilos de vida en el adolescente en la I.E. Juan de Espinosa Medrano 7082, San Juan de Miraflores, 2 013 mediante un estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple y estratificado, conformada por 43 adolescentes. Concluyó que el 56% fueron disfuncionales y 12%, funcionales. En la dimensión adaptabilidad, 63% tienen familia disfuncional y 37% funcional. En la dimensión cohesión, 56% tienen familias disfuncionales y 12%, funcionales. Es decir que en la mayoría de los adolescentes el funcionamiento familiar en la dimensión cohesión es disfuncional; lo que implica que los adolescentes perciben a sus familias con ausencia de vínculo afectivo, donde cada uno de ellos no se vincula con los otros miembros, no se fomenta o alienta la interacción afectiva, donde hay predominio de lo individual por sobre lo familiar; lo cual, llega a ser un factor que interviene en la adopción de conductas de riesgo para el adolescente.<sup>(14)</sup>

**CHAMBILLA L. (2 011)** En su estudio “Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” distrito de Ciudad Nueva Tacna 2 011”. Concluyó que el 37,86% consumen drogas, siendo el alcohol (83,12%) la sustancia más consumida entre las drogas legales y la marihuana (40%) entre las drogas ilegales. Los factores de riesgo más frecuentes en los adolescentes son: amigos consumidores (54,32%), padres consumidores (37,45%) y la violencia intrafamiliar psicológica (34,57%). El consumo de drogas se relaciona con los siguientes factores de riesgo: Baja autoestima, mala comunicación familiar, violencia intrafamiliar (física, psicológica y sexual), consumo de padres, consumo de amigos y la accesibilidad de drogas; y el bajo nivel de información no se relaciona significativamente. <sup>(15)</sup>

**VARGAS L. (2 012)** En su estudio “Influencia de los Factores Psicosociales en el Consumo de Bebidas Alcohólicas en Adolescentes del Nivel Secundario de la I.E. Modesto Basadre Tacna 2 012” mediante un estudio de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal aplicado a una muestra probabilística de 254 adolescentes. Concluyó que “los factores sociales que influyen en el consumo de bebidas alcohólicas son: mala comunicación

familiar (46,5%), violencia intrafamiliar física (20,1%), psicológica (31,5%); las discusiones familiares (5,1%), el consumo de familiares: mamá (43,3%), hermanos (22,8%) y otros familiares (78,3%) y la presión del entorno: familiares. <sup>(16)</sup>

**CRUZ A. ( 2 012)** en su estudio “Factores de Riesgo con la Salud Mental de las Estudiantes del quinto grado de Educación Secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012” mediante un estudio de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 112 estudiantes, concluyó que; que los factores de riesgos más relevantes fueron, que el tipo de familia y funcionalidad familiar se relacionan significativamente con el trastorno Depresivo ( $p < 0.05$ ), el enamoramiento y el lugar de procedencia presentaron una leve relación con el consumo de alcohol, mientras que el Trastorno convulsivo y Psicótico no evidenciaron asociación a los factores de riesgo. <sup>(17)</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

Los distintos enfoques, de las distintas teorías, se considera que 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 teóricos o corrientes que tratan el tema.

### **2.2.1 La familia**

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. Por ejemplo, para un sociólogo, la familia será la forma básica de organización sobre la que se estructura una sociedad, la familia será entendida como el soporte de la dinámica social. Mientras que para un antropólogo, la familia será un hecho social total, es decir, el microcosmos de una estructura social vigente, donde la función básica será la de cooperación económica, socialización, educación, reproducción y de relaciones sexuales. La familia, para el análisis jurídico será un conjunto de personas con vínculos de derecho interdependientes y recíprocos emergentes de la

unión sexual y de la procreación, mientras que la Psicología entenderá por familia, a la célula básica de desarrollo y experiencia unidas por razones biológicas, psicológicas y socioeconómicas; y para un economista, la familia significará unidad básica de producción y generación de riqueza de la sociedad.

La familia es el primer grupo social al que pertenecemos. Cada familia está constituida por un tejido de afectos, valores y sentimientos. En todas las formas de cultura, la familia fue y es el pilar de formación de la sociedad. Todas estas definiciones admiten que la familia es tanto causa como efecto de cambios hacia dentro y así afuera de sí misma. Por eso es necesario hacer una aproximación sistémica al concepto de familia.

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." <sup>(18)</sup>

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 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.

(19)

### **Funciones de la familia, evaluadas por el APGAR familiar**

- **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.
- **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.

- **Ganancia.-** Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentra satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.
- **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.
- **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. <sup>(20)</sup>

## **Familia disfuncional**

### **Definición**

- ✓ Se define como un patrón, porque es un conjunto de características que se presenta de forma constante.
- ✓ Son conductas desadaptativas, por ser incompatibles con el propio contexto cultural de la familia.

- ✓ son indeterminadas, porque no puede determinarse cual característica se constituyó como factor relevante para el surgimiento de la disfunción y por ende de la patología en la familia.
- ✓ Es permanente, por cuanto su presencia es constante. Hay que considerar sin embargo que las alteraciones, crisis, problemas y conflictos que puede vivir una familia, no la convierten en Disfuncional por cuanto estos son los acontecimientos transitorios, naturales o accidentales que suelen vivir el común de los grupos familiares en ciertos momentos de su historia los cuales una vez transcurridos y movilizados los recursos recobran su equilibrio y armonía sin haber ingresado en ningún momento en la categoría de Disfuncionalidad Familiar.
- ✓ Dichas características pueden presentarlas uno o varios de los integrantes. El que la presente un solo miembro de la familia no debe de ser considerado como menos grave, dado que éste puede presentar conductas desadaptativas, trastorno de personalidad o que puede influenciar a los integrantes de la familia,

para que su sola presencia sea para calificarla como Disfuncional.

- ✓ Estos requieren necesariamente estar en relación directa con los demás miembros para que se genere una dinámica anómala.

### **Características de la disfunción familiar**

- ✓ **Su dinámica familiar no es saludable:** Es decir que ésta afecta 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.
- ✓ **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 fueron saludables para la familia y posibilitaron el crecimiento.

✓ **Desarrolla y mantiene roles familiares**

**contradictorios:** Toda familia se instaura 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.

✓ **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. Pero en las Familias disfuncionales se despliegan una serie de conductas que van desde la sobreprotección, usurpación de roles, invasión de límites, abuso de autoridad, indiferencia en la crianza, sanciones impropias o ausencias de estas, etc., hasta la inacción, conductas que al ser reforzadas por algunos de sus integrantes van a impedir el entrenamiento de conductas recurrentes alternativas y por ende el desarrollo saludable e independiente del manejo de los problemas personales los cuales son propios de la vida diaria.

## **Proceso de disfunción familiar**

Existen familias en que por una defectuosa concepción de los elementos de su entorno y por ende equivocado desempeño de Roles Complementarios impiden en sus integrantes el entrenamiento y ejercicio de conductas y funciones. Esto torna a estas personas en dependientes de otras situándolas en condiciones de riesgo para la instalación de conductas patológicas afines. Estas conductas pueden ir desde un trastorno de conducta hasta una alteración psiquiátrica severa.

En una relación deficitaria y no saludable de un integrante de la familia con otro familiar, no solamente los afecta a ambos, sino que también alcanza a los demás integrantes de la familia afectándolos de una manera específica o inespecífica pudiendo originar la aparición de formas anómalas del comportamiento. Puede ser que una persona que presente un Factor Predictivo Adictógeno y que se empareje con otra de características psicológicas compatibles, paulatinamente vaya

estableciendo un nexo que al asociarse fortuitamente a un Factor de Riesgo de manera y forma permanente, puede ir condicionando lo que posteriormente será una adicción. Si dicho emparejamiento da origen a una familia, se va formar un clima donde la relación entre la pareja y esta con los hijos se desarrolle de manera disfuncional en un tiempo no determinado, características posiblemente orientadas a determinada patología.

Existen sistemas familiares disfuncionales, que generan una atmósfera patológica para la inserción de cuadros neurotípicos, psicopatogénicos, psicopatogénicos y Adictogénicos. La disfuncionabilidad familiar así conceptuada puede ocasionar de manera genérica el siguiente tipo de familias:

## **Clasificación de las familias disfuncionales**

- ✓ **Familias disfuncionales neurotigénicas:** generan comportamientos neuriformes o neuróticos en su familia.
- ✓ **Familias disfuncionales psicotigénicas:** generan en su clima trastornos mentales mediante elementos afines como la comunicación de doble vínculo, dispersión de su familia y frialdad en los afectos.
- ✓ **Familias disfuncionales psicopatogénicas:** propician en su atmósfera los elementos compatibles con casos de conductas antisociales, disruptivas (autolesiones y violencia con los demás): disocialidad, trastornos negativistas desafiantes y psicopatías. En estas familias solemos también encontrar los factores predictores de esta patología al hallar antecedentes familiares compatibles con cuadros de antisocialidad.
- ✓ **Familias disfuncionales adictógenas:** condicionan en su clima casos de adicciones en sus diversas modalidades y hacia diversos elementos sujetos de adicción.

### **Puntos importantes de las familias disfuncionales**

- ✓ **Decepción y negación:** niegan sus problemas y por lo mismo los problemas nunca se resuelven. También niegan a sus miembros las libertades.
- ✓ **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 Yin y el Yan.
- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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.

- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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

#### **Consecuencias de familias disfuncionales:**

- ✓ **Drogadicción**

Una de las razones por la que esta ocurre es gracias a que los jóvenes no tienen una educación ética sobre las consecuencias que ésta les puede traer. Los

jóvenes 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 jóvenes no tienen fuerza de voluntad cuando se les ofrece la droga por parte de otras personas.

✓ **Huidas**

Al sentirse desprotegidos y sin un lugar para ellos, deciden huir para crear una mejor vida, según ellos. Por mala suerte, cuando un joven elige escapar, puede ser blanco de situaciones como las drogas- anteriormente hablado-, la trata de blancas, el alcohol, el tabaco, 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.

✓ **Relaciones sexuales tempranas**

Los jóvenes, 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 (ETS's) o un embarazo prematuro, pero puede traer más consecuencias tanto física, psicológica y moralmente.

✓ **Malas Relaciones**

Como resultado de igual forma, los jóvenes pueden volverse inseguros de sí mismos, y esto puede repercutir en sus futuras relaciones. Esto se debe a que es posible que el joven se vuelva tímido, desconfiado y con baja autoestima.

### **2.2.2 Generalidades sobre la Adolescencia.**

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud - entre los 10 y los 24 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19

años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 años 24 años. <sup>(22)</sup>

### **Etapas de la adolescencia**

Generalmente se suele dividir a la adolescencia en tres etapas las cuales son:

#### **a) Adolescencia temprana:**

En la adolescencia temprana, enmarcada entre los 10 y los 14 años, ocurren cambios biológicos, como aquellos que interesan al aparato reproductor, apareciendo los caracteres sexuales secundarios. En ambos sexos se inicia la pubarquia. En la mujer comienza el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales internos; y en el varón el aumento testicular, los cambios de color y arrugamientos escrotales, y el crecimiento del pene. Como consecuencia de las transformaciones en los órganos sexuales se produce también un influjo hormonal generador de necesidades novedosas. En este período surgen, además, la necesidad de independencia, la impulsividad, la labilidad emocional, las alteraciones

del ánimo y la búsqueda de solidaridad y comprensión entre pares, lo que se mezcla con necesidad sentida de apoyo de los padres, por lo que se generan ambivalencias que hacen de la relación padres/adolescentes, un reto.

#### **b) Adolescencia Tardía**

En la adolescencia tardía, que es la fase final, se alcanzan características sexuales de la adultez, termina el crecimiento, hay aproximación a la familia, una mayor independencia, el grupo empieza a ser desplazado por la relación de pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye un sistema propio de valores y proyectos de vida.

### **Cambios durante la adolescencia:**

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales .Al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal.
- Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcada en el varón
- Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón.
- Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
- Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva.
- Aspectos psicológicos dados fundamentalmente por:

- Búsqueda de sí mismos, de su identidad
- Necesidad de independencia
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico
- Relación conflictiva con los padres
- Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto

### **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. El alcohol, al actuar sobre la voluntad debilitándola, facilita el consumo de otras sustancias.

- Dependencia al tabaco. Es un hábito que puede crear una conducta adictiva dentro de la estructuración de la personalidad, incorporándose esta modalidad de reacción para el futuro. Es también una puerta de entrada al consumo de otras sustancias.
- Alteraciones permanentes del humor: ansiedad, tristeza, aislamiento, mal humor, hostilidad hacia los familiares y amigos; aburrimiento permanente; violencia.
- Alteraciones en el estilo de vida: trastornos del sueño, expectativas que van más allá de lo realizable, fatiga frecuente, falta de interés y motivación por cosas que antes interesaban.
- Actitud tolerante hacia el consumo de tabaco, alcohol y drogas, el frecuentar amigos o compañeros que consumen dichas sustancias.
- 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.

#### **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.

### 2.2.3. Alcohol y Drogas

#### **Droga**

Es toda sustancia natural o sintética que cuando ingresa al organismo, es capaz de modificar una o más de las funciones de éste. <sup>(23)</sup>

#### **Clasificación de las Drogas**

Las drogas han sido clasificadas de diferente manera, así tenemos:

#### **Por su origen:**

- **Drogas Naturales** Son aquellas drogas que se recogen directamente de la naturaleza para ser consumidas por el individuo. Por ejemplo: Hoja de coca
- **Drogas Semi-sintéticas** Son drogas naturales obtenidas por síntesis parciales. Por ejemplo el aislamiento de ciertos alcaloides origina que las drogas sean más potentes. Por ejemplo: La cocaína y pasta básica de cocaína, son derivados de la hoja de coca

- **Drogas Sintéticas** Son aquellas que mediante la combinación de una serie de sustancias, que en realidad no son drogas, producen una droga. Son sustancias elaboradas netamente en un laboratorio. Por ejemplo: - Anfetaminas. - Éxtasis.

**Por su forma de uso:**

- **Drogas Sociales** Son drogas en donde el entorno social acepta su consumo. Es decir que son aquellas que están vinculadas con los usos y costumbres de la población. Para efectos de nuestra legislación son las siguientes:
  - Alcohol: Es la droga de mayor consumo en nuestro país.
  - Tabaco: Su composición química contiene sustancias tóxicas cancerígenas (nicotina, alquitrán).
  - Café, té: Contienen cafeína, sustancia química considerada como estimulante, su abuso produce estimulación del Sistema Nervioso Central (SNC).
- **Drogas Folklóricas** Son sustancias cuyo uso forman parte de nuestra cultura. Están asociadas a actividades de origen tradicional, es decir que nuestros ancestros las

han utilizado en forma continua, de tal forma que en la actualidad algunos grupos sociales las utilizan en celebraciones tradicionales, tratamientos de brujería o curación de ciertas enfermedades o trastornos.

Por ejemplo:

- Ayahuasca.
  - Hoja de coca.
  - San Pedro.
  - Hongos alucinógenos.
- **Drogas Terapéuticas** Son todas aquellas sustancias de uso médico legal, es decir se venden en farmacias y/o boticas y algunas de ellas están sujetas a cierta reglamentación para ser expedidas.

Por ejemplo:

- Medicamentos (pastillas, jarabes)
- **Drogas de Abuso** Estas drogas tienen la característica en particular de que no son legalizadas, no está permitido su uso, ni tampoco tienen un uso terapéutico.
- Marihuana.
  - Clorhidrato de cocaína
  - Pasta básica de cocaína.

- **Drogas Industriales** Son sustancias volátiles que pueden ser consumidas por el organismo humano mediante la inhalación de los gases que se emanan. En realidad no son drogas, sino sustancias de uso industrial. La administración a través de la vía nasal u oral producen efectos tóxicos semejantes al que producen las drogas. Aquí tenemos principalmente a los derivados del petróleo.

Por ejemplo:

- Pegamentos (terokal)
- Thinner
- Gasolina
- Bencina

#### **Por su Valoración Legal u Óptica Social:**

- **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.

Por ejemplo:

- Alcohol

- Fármacos.
- Tabaco
- **Drogas Ilegales** Son aquellas que su venta y consumo están sancionadas por la ley, son las que mayor deterioro generan como consecuencia de su uso (a nivel personal, social, laboral) asimismo conllevan a la delincuencia y la marginalidad.

Por ejemplo:

- Marihuana
- Clorhidrato de Cocaína
- Pasta Básica de cocaína
- Éxtasis

**Límite permitido de alcohol y drogas:**

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 toxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o sintéticas. Esto es equivalente a una copa y media de vino o dos vasos de cerveza. <sup>(24)</sup>

## **Efectos del consumo de alcohol y drogas**

Cada sustancia presenta efectos y consecuencias distintas, por eso es importante conocer al detalle cómo actúan sobre nuestro organismo e identificar las características de su consumo.

### **Alcohol**

#### ➤ **Descripción:**

Es la droga más consumida en nuestro entorno sociocultural y la que más problemas sociales y de salud genera (accidentes de tránsito, violencia, maltrato, problemas de salud). El etanol, alcohol etílico o simplemente alcohol, es un líquido incoloro e inflamable. Se produce en la fermentación de los azúcares de los jugos o zumos de diversas plantas o de sus frutos.

#### ➤ **Niveles de consumo**

Dependerá de:

- Estructura de personalidad.
- Correlato cultural.
- Bioquímica de cada sujeto.

### **1. Abstinencia de alcohol**

Ausencia absoluta de ingestión de alcohol o ingestión de cantidades moderadas hasta cinco veces en un año calendario en situaciones excepcionales.

### **2. Ingestión moderada de alcohol**

Ingestión habitual de menos de 100 cc de alcohol absoluto en un día calendario y/o en presencia de menos de 12 estados de embriaguez al año.

### **3. Ingestión excesiva simple de 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.

### **4. Ingestión patológica**

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.

- **Forma de administración:** Vía oral. Se bebe.
- **Acción sobre el Sistema Nervioso Central:** Depresor.
- **Efectos:**
  - Desinhibe.
  - Euforia inicial.
  - Relaja.
  - Disminuye el dolor y la ansiedad.
  - Provoca descoordinación y torpeza motora.
  - Altera la atención y el rendimiento intelectual.
  - Confusión.
- **Consecuencias de su uso:**
  - Alteraciones en el aparato digestivo (inflamaciones, úlceras, gastritis, degeneraciones).
  - Trastornos hepáticos y de los nervios periféricos.
  - Alteraciones en el aparato circulatorio (infartos, arteriosclerosis).
  - Alteraciones mentales (demencia, delirio, alucinaciones).
  - Dificultad para hablar.

- Impotencia sexual.

➤ **Indicios de consumo**

- 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.

**Tabaco**

- **Descripción:** El tabaco 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, entre otros).

➤ **Tipos de Fumadores**

**1. fumador por causas negativas:** Aumenta el consumo de cigarrillo en épocas de crisis, el cigarrillo es utilizado como reductor de la ansiedad.

**2. fumador adictivo:** Permanente deseo de fumar y lo hace en forma compulsiva. La falta de cigarrillo le produce sensación de malestar.

**3. fumador por indulgencia:** Aquel que le agrada el sabor del cigarrillo. Fuma para relajarse, y piensa que el fumar es un hábito de personas interesantes y sofisticadas.

**4. fumador habitual:** La conducta de fumar no es voluntaria, sino automática. Le resulta necesario estar fumando, aunque muchas veces el cigarrillo no le sabe muy bien.

➤ **Forma de administración:** Vía oral. Se fuma.

➤ **Acción sobre el Sistema Nervioso Central:**  
Estimulante.

➤ **Efectos**

- Estimula y favorece el estado de alerta.
- Sensación de calma, puede funcionar como un hábito tranquilizador.

➤ **Consecuencias de su uso**

- Alteraciones en el sistema respiratorio (bronquitis, enfisema pulmonar, cáncer).
- Trastornos circulatorios (afecciones cardiacas, infarto al miocardio, arteriosclerosis).

➤ **Indicios de consumo**

- 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.
- Mal aliento.

**Marihuana**

- **Descripción** La marihuana es una mezcla de hojas, tallos, semillas y flores secas cortadas en trocitos de la planta Cannabis Sativa, y puede ser de color verde, café o gris. El principal ingrediente activo en la marihuana es el THC (delta-9-tetrahidrocanabinol). Además, la planta

de la marihuana contiene otras 400 sustancias químicas adicionales.

➤ **Forma de administración** Vía oral. Se fuma. A veces se come.

➤ **Acción sobre el Sistema Nervioso Central**  
Alucinógeno, estimulante.

➤ **Efectos**

- Relaja y desinhibe, puede funcionar como facilitador en las relaciones sociales.
- Disminuye la reacción ante los estímulos y reduce los reflejos.
- Desorientación temporo-espacial.
- Alucinaciones.

➤ **Consecuencias de su uso**

- Déficit al nivel de memoria y concentración.
- Alteraciones perceptivas.
- Disminución del interés y la motivación (síndrome amotivacional).
- Reducción del impulso sexual.
- Daño en las funciones reproductoras, infertilidad.
- Baja de azúcar en la sangre (hipoglucemia).

- Deterioro neurológico.
- Locura por intoxicación.

➤ **Indicios de consumo**

- Cuando le encontramos entre sus pertenencias de manera oculta algunas hierbas, colillas de cigarro.
- Regresa a altas horas de la noche con olor a hierba quemada.
- Cambia de comportamiento.
- Conjuntiva enrojecida, dilatación pupilar, uso de anteojos oscuros.
- Aumento del apetito, ingestión de alimentos ricos en azúcares.
- Bebe líquidos frecuentemente.
- Pierde la motivación para realizar sus actividades diarias.
- Papelitos delgados recortados, hojas de Biblia.
- Yemas de los dedos de las manos irritadas, quemadas.

### **Pasta Básica de Cocaína**

- **Descripción** Es un polvo blanco amarillento pálido, de consistencia pastosa, pegajoso como yeso húmedo. Se prepara en laboratorios denominados “cocinas” en donde se macera la hoja de coca conjuntamente con agua, kerosene, gasolina o benceno, ácido sulfúrico o clorhídrico, carbonato de calcio, soda cáustica, cemento y lejía.
- **Forma de administración** Vía oral. Se fuma, mezclada con tabaco de cigarrillo preferentemente negro (“tabacazo”) o mezclado con marihuana en cigarrillos (“mixtos”).
- **Acción sobre el Sistema Nervioso Central** Estimulante.
- **Efectos**
  - Momentáneo aumento de la capacidad física.
  - Agitación y euforia seguida de tensión e irritabilidad.
  - Aumento del estado de alerta, seguida por una sensación de depresión tanto física como mental.
  - Se pierde la capacidad para gozar de estímulos y placeres naturales (anhedonia).
  - Sudoración, escalofríos, temblor incontrolable y palidez.

- Náuseas y vómitos, sed intensa.
- Rigidez muscular generalizada, pesadez en los miembros.
- Insensibilidad al dolor e infatigabilidad.
- Deseo de evacuar el intestino.
- Pérdida de la percepción del tiempo y la distancia.

➤ **Consecuencias de su uso**

- Apatía e irritabilidad con disminución de la actividad.
- Conducta agresiva.
- Insomnio.
- Tuberculosis.
- Trastornos digestivos, pérdida de peso, anemia.
- Irritación de la garganta y fosas nasales.
- Mala dentición.
- Erupciones en la piel.
- Cabello maltratado.
- Delirios de persecución (paranoia), con contenidos de daño, muerte e infidelidad.
- Psicosis.

➤ **Indicios de consumo**

- Se le encuentra entre sus pertenencias de manera oculta algunos sobrecitos de polvo parecido a la harina.
- Filtros de cigarrillos sin uso.
- Palitos de fósforo quebrados.
- Regresa a casa a altas horas de la noche y se levanta muy tarde.
- Cambia de comportamiento.
- Se muestra violento.
- Frecuenta otras compañías.
- Gasta el dinero sin saberse en que lo emplea.
- Se empiezan a perder cosas de la casa.

**Clorhidrato de Cocaína**

- **Descripción** La cocaína es un alcaloide extraído de la *Eritroxillum Coca*, arbusto originario de Perú y Bolivia. La presentación más común de la cocaína es el clorhidrato de cocaína, el cual es un polvo fino de color blanco, cristalino soluble en el agua.
- **Forma de administración** Vía nasal. Se aspira. Algunas veces vía intravenosa (se diluye en agua y se inyecta).
- **Acción sobre el Sistema Nervioso Central** Estimulante.

➤ **Efectos**

- Estimula, excitación acentuada, locuacidad.
- Desinhibición, aumenta la seguridad subjetiva y produce vivencias de bienestar.
- Disminuye la fatiga, el sueño y el apetito.
- Hiperactividad.
- Puede provocar agitación, impulsividad y agresividad.
- Ansiedad.
- Aumento de la presión sanguínea y pulsaciones del corazón.

➤ **Consecuencias de su uso**

- Alteraciones cardiocirculatorias (infartos, hipertensión, hemorragias cerebrales).
- Delirios.
- Agitación.
- Insomnio.
- Irritabilidad.
- Depresión, como efecto posterior a su consumo.
- Lesiones locales de la mucosa nasal.
- Muerte por sobredosis.

➤ **Indicios de consumo**

- Movimiento robótico, tics y temblores que imitan a la aspiración de la cocaína.
- Garraspera permanente.
- Hálito a licor sin estar embriagado.
- Porta entre sus pertenencias cucharitas muy pequeñas, sorbetes, tarjetas, billetes enrollados que asemejen un sorbete.
- Sangrado nasal sin causa aparente.

**Inhalantes**

- **Descripción** Sustancias químicas volátiles con diversas aplicaciones industriales o domésticas. En nuestro país los productos que se utilizan para inhalar tenemos el pegamento industrial (terokal), la gasolina, el thinner, entre otros.
- **Forma de administración** Vía nasal-bucal. Se inhala. Se vierte el producto en una bolsa de plástico o papel, y, ajustando el orificio en la boca y nariz se inhalan los vapores que se desprenden.

➤ **Acción sobre el Sistema Nervioso Central** Depresor, produciendo una sensación de euforia inicial.

➤ **Efectos**

- Estado de euforia, seguido de un estado depresivo.
- Pérdida de la inhibición.
- Confusión, desorientación.
- Ataxia, incapacidad de marchar en forma estable, falta de coordinación.
- Ocasionales alucinaciones visuales y auditivas.
- Trastorno de conducta, comportamiento violento.
- Náusea, vómitos, lagrimeos.
- Somnolencia, mareo, dolor de cabeza.
- Irritación de ojos y nariz.

➤ **Consecuencias de su uso**

- Daño cerebral.
- Palidez y fatiga permanente
- Disminución de la concentración y memoria.
- Conducta agresiva.
- Cirrosis hepática.
- Insuficiencia renal crónica.

- Afecciones en el sistema respiratorio, edema pulmonar, espasmos bronquiales.
- Afecciones cardiacas.
- Trastornos neurológicos.
- Sordera.
- Reducción del tono y fuerza muscular.
- Muerte por intoxicación.

➤ **Indicios de consumo**

- Se le notan los ojos y la nariz irritados.
- Se muestra violento.
- Se le observa pegamento en las fosas nasales y ropa.
- Tiene aliento fétido.
- Entre sus pertenencias se le encuentran bolsas plásticas y/o de papel.

**Psicofármacos Estimulantes**

- **Descripción** Cápsulas, comprimidos o ampollas inyectables. Anfetaminas.
- **Forma de administración** Vía oral (se traga) e intravenosa.

➤ **Acción sobre el Sistema Nervioso Central**  
Estimulante.

➤ **Efectos**

- Estimula, aumenta la energía
- Excitación, euforia, verborrea.
- Sensación de autoestima elevada.
- QUITAN el sueño, alerta y vigilancia constantes
- Disminuyen la sensación de fatiga y sueño.
- Incremento de la presión arterial.
- Contracción de la mandíbula.

➤ **Consecuencias de su uso**

- Delirios de persecución y alucinaciones.
- Depresión reactiva.
- Insomnio.
- Irritabilidad.
- Hipertensión, arritmia, taquicardia.
- Infarto.
- Trastornos digestivos.

➤ **Indicios de consumo**

- Se muestra constantemente irritable.
- Cambia su comportamiento.

- Padece de insomnios.
- Pierde el apetito.
- Bebe gran cantidad de líquido, por la sequedad que produce en la boca.

### **Psicofármacos Depresores**

- **Descripción** Cápsulas, comprimidos o ampollas inyectables. Barbitúricos, benzodiazepinas, tranquilizantes, hipnóticos.
- **Forma de administración** Vía oral (se traga) e intravenosa.
- **Acción sobre el Sistema Nervioso Central** Depresor.
- **Efectos**
  - Sensación de tranquilidad.
  - Calman la excitación nerviosa.
  - Relajamiento muscular y somnolencia.
  - Disminuyen los reflejos.
  - Enlentecimiento respiratorio
  - Descoordinación motora.
  - Dificultad en el habla.

- En algunos casos produce desinhibición, locuacidad, excitabilidad y hasta agresividad.

➤ **Consecuencias de su uso**

- Alteraciones neurológicas, temblores, vértigo.
- Irritabilidad.
- Depresión.
- Deterioro psicológico general.
- Disminución de la comprensión y de la memoria.
- Anemia.
- Hepatitis.

➤ **Indicios de consumo**

- Cambia su comportamiento, se muestra constantemente irritable.
- Aumento de la ansiedad.
- Insomnio.
- Dolor de cabeza y tensión muscular frecuente.
- Temblor y palpitaciones.

## Éxtasis

- **Descripción** Droga sintetizada o droga de diseño. Se presenta en forma de polvo blanco cristalino, comprimidos o tabletas. Pueden ser de distintas formas, tamaños y colores, sobre su superficie se graban diversos dibujos que sirven como elemento de identificación. **Forma de administración** Vía oral (se traga).
- **Acción sobre el Sistema Nervioso Central**  
Estimulante.
- **Efectos**
  - Estimulan.
  - Disminuyen el sueño y el cansancio
  - Desinhiben, proporcionan vivencia de fácil contacto interpersonal.
  - Sensación de euforia.
  - Mejora el rendimiento, aumenta la percepción visual, auditiva y táctil.
  - Sentimiento emocional placentero.
  - Pérdida sobre el control de uno mismo.
  - Deshidratación.

- Quita el deseo de beber alcohol.
- Contracción de la mandíbula.
- Vértigo.

➤ **Consecuencias de su uso**

- Crisis de ansiedad, pánico.
- Depresión luego del consumo.
- Insomnio.
- Alteraciones psicóticas, delirios.
- Déficit al nivel de memoria y concentración.
- Hipertermia (riesgo de shock: golpe de calor).
- Trombosis e infartos cerebrales.
- Insuficiencia renal.
- Insuficiencia hepática.

➤ **Indicios de consumo**

- Cambio en el comportamiento, irritabilidad.
- Comportamiento desorganizado.
- Dolor de cabeza frecuente.
- Dolor muscular y fatiga.
- Bebe gran cantidad de agua.
- Problemas de concentración.

## **Heroína**

- **Descripción** Opiácea, polvo cristalino de color blanco como la harina, tan fino que desaparece al frotarse sobre la piel o marrón como el azúcar rubia cuando es impura y barata.
- **Forma de administración** Vía intravenosa es la más común. También se fuma e inhala.
- **Acción sobre el Sistema Nervioso Central**  
Depresor.
- **Efectos**
  - Sedación y cierta euforia.
  - Sensación de bienestar, placer.
  - Analgesia (insensibilidad al dolor).
  - Reduce la ansiedad.
  - Induce al sueño.
  - Disminuye el estado de alerta y el funcionamiento mental.
  - Disminución de la temperatura corporal.
  - Sequedad en la boca.
  - Miosis (disminución del tamaño de la pupila).

➤ **Consecuencias de su uso**

- Inhibición del apetito.
- Estreñimiento.
- Hipotensión (Baja de la presión arterial).
- Alteraciones en el sistema nervioso.
- Déficit a nivel de memoria y concentración.
- Trastornos de ansiedad y depresión.
- Alteraciones en el metabolismo.
- Patologías ginecológicas.
- Inhibición del deseo sexual.
- Infecciones diversas.

➤ **Indicios de consumo**

- Adelgazamiento extremo.
- Apatía, bostezos.
- Caries.
- Insomnio.
- Dolor muscular.
- Náusea, vómitos, diarrea frecuente.
- Brazos pinchados por las agujas.

## **MODELO DEL SISTEMA CONDUCTUAL DE DOROTHY E. JOHNSON**

El modelo de Johnson considera al ser humano como un sistema conductual compuesto por siete subsistemas interactivos e integrales. <sup>(25)</sup>

**Los subsistemas según Dorothy E. Johnson son:**

**De afiliación:** Es quizás el más importante de todos, ya que constituye la base de toda organización social. En general, proporciona la supervivencia y la seguridad. En él se inscriben: la inclusión social, la intimidad y formación, y el mantenimiento de un vínculo social fuerte.

**De dependencia:** Promueve una conducta de ayuda que también requiere un cuidado. Sus consecuencias son la aprobación, la atención o el reconocimiento y la ayuda física. La conducta de dependencia puede ir de la dependencia absoluta de los demás a un grado mayor de dependencia de la identidad. Para la supervivencia de los grupos sociales, resulta imprescindible cierto grado de interdependencia.

**De ingestión:** Los subsistemas de ingestión y de eliminación no deben considerarse como los mecanismos de entrada y de salida del sistema. Todos los sistemas poseen mecanismos de entrada y de salida independientes. El subsistema de ingestión trata sobre cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones comemos. Sirve a la función más amplia de satisfacción del apetito. Esta conducta está relacionada con consideraciones sociales, psicológicas y biológicas.

**De eliminación:** Se relaciona con cuándo, cómo y en qué condiciones se produce la eliminación, en los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos hasta el punto que pueden entrar en conflicto con él.

**Sexual:** Obedece a la doble función de procreación y de satisfacción, incluye el cortejo y el emparejamiento; y del mismo modo contempla un amplio espectro de conductas asociadas con el papel sexual.

**De agresión:** Consiste en proteger y conservar y proviene de una intención primaria de dañar a los demás. La

sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad.

**De realización:** Su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación, a ésta se relacionan estrechamente las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales.

#### **Conceptos del metaparadigma enfermero:**

**Persona:** Es un sistema abierto, interrelacionado. Se esfuerza constantemente en mantener el equilibrio mediante la adaptación al entorno.

**Entorno:** Hace referencia a un entorno externo e interno de la persona.

**Salud:** Es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona.

**Enfermería:** Es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual.

**Otras definiciones:**

**Sistema conductual:** Son las diversas formas de conducta del modelo, repetitiva e intencionada. El hombre como sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de una forma eficaz y eficiente.

**Subsistemas:** Es un minisistema, con una meta y una función particular, propia y que se puede mantener siempre y cuando no se interrumpa su relación con los demás subsistemas y el entorno.

**Equilibrio:** Es un estado de reposo estable, aunque más o menos transitorio, en el que el individuo se encuentra en armonía consigo mismo y con su entorno. Implica que las fuerzas biológicas y psicológicas estén en equilibrio entre sí y con las fuerzas sociales que se le afrontan.

**Tensión:** Es un estado de presión o esfuerzo y se puede contemplar como el producto final de la interrupción del equilibrio; la tensión puede ser constructiva cuando se da una adaptación al cambio o destructiva, cuando se produce un uso ineficaz de la energía que impide la adaptación y causa un posible daño estructural. La tensión es un indicio de la interrupción del equilibrio.

**Factor estresante:** Son los estímulos internos o externos que producen tensión y un cierto grado de inestabilidad.

Si aplicamos la teoría de sistemas a la persona adolescente, podríamos decir que:

- El adolescente es un compuesto dinámico que presenta interrelaciones variables, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo.
- Está rodeada(o) por un campo de percepciones en equilibrio dinámico.
- El núcleo principal es la organización del campo y su impacto sobre la conducta funcional del individuo.

- Todos los sistemas aspiran al equilibrio (entre las fuerzas internas y externas del sistema).
- Los sistemas abiertos reciben - procesan - producen y se retroalimenta entre sí y con el entorno.

Es por estas razones que dicho modelo es fácilmente adaptable a los adolescentes los cuales su problema de salud en esta etapa se debe a las transformaciones (biológicas, psicológicas, sociales y emocionales), se basa específicamente en una alteración sistema conductual (afiliación, sexo, realización, dependencia) por todas esas vicisitudes que cursa el adolescente y la enfermera actúa como regulador externo de los sistemas, en este aspecto su adaptabilidad al proceso de atención de enfermería ha permitido su adopción y utilización.

### **2.3 Definición conceptual de términos**

**Familias disfuncionales:** Se caracteriza por tener los límites muy abiertos, de tal forma que permite el ingreso de elementos amenazadores a su estabilidad, o muy cerrados no permitiendo la interacción de la familia con otros sistemas. Este tipo de familia es muy conflictiva tanto en su interior como en su exterior, su comunicación no es adecuada, existe desunión familiar

y posee pobre nivel de resolución de problemas y adaptabilidad, generando así un desequilibrio familiar.

**Consumo de alcohol:** Es el acto de tomar y/o ingerir etanol, alcohol etílico o simplemente alcohol, es un líquido incoloro e inflamable, el cual se produce por la fermentación de azúcares de los jugos o zumos de diversas plantas o de frutos. Consiste en el consumo mínimo 0.5 gramos por litro de sangre, equivalente a una copa y media de vino.

**Consumo de drogas:** Es el acto de ingerir (mínimo 0,5 gramos por litro de sangre) una cantidad de sustancia vegetal o química, que al ingresar al organismo, altera el Sistema Nervioso Central (SNC), provocando efectos nocivos en el resto del organismo.

**Adolescentes:** La etapa de vida adolescente, es caracterizada por la inestabilidad emocional, desconocimiento de los cambios, temor, tendencia a experimentar una nueva vivencia o falta de una adecuada toma de decisiones y en ocasiones combinado con una baja autoestima. Es el período comprendido entre los 10 y 19 años.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Material y métodos

En el presente estudio se utilizó el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

**Descriptivo correlacional** porque muestra la información tal y como se obtiene de acuerdo a la realidad y por qué se buscó y se encontró una correlación 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 y muestra

##### ➤ Población de estudio

La Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina cuenta con una población de 171 alumnos de los cuales 88 son del nivel secundario. Se tomó para el estudio de investigación,

como población total a 48 adolescentes de 3ero a 5to año de secundaria de la Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina del Centro Poblado la Natividad Tacna - 2 015. (Ver anexo 3)

➤ **Criterios de inclusión**

La población sujeto de estudio estuvo constituida por todos aquellos alumnos que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Adolescentes que se encuentran en clases al momento de la aplicación del instrumento.
- ✓ Adolescentes que aceptan participar en la investigación.

➤ **Criterios de exclusión**

- ✓ Adolescentes que no acepten colaborar con la investigación.
- ✓ Adolescentes que no estén presentes

### **3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos el cuestionario: (Anexo 1)

✓ **El Test de APGAR Familiar:**

Se escogió este instrumento por ser breve, (requiere aproximadamente 5 minutos para ser completado) específico. 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. <sup>(26)</sup>

El Apgar familiar consta de 5 ítems tipo Likert, evalúa cinco funciones básicas de la familia que son: Adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa de cómo los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y que pueden manifestar el grado de satisfacción del mismo.

**Validación del APGAR familiar**

Este instrumento fue construido, validado en Washington por el Dr. Gabriel Smilkstein en 1978. 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.

El APGAR consta de los siguientes criterios: **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. **Gradiente de Crecimiento** 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. **Resolución** 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.

### **¿Cómo se aplica el APGAR familiar?**

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser realizado de forma personal (autoadministrado idealmente).

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3. Casi siempre
- 4: Siempre

**Escala para la calificación de la funcionalidad de la familia de acuerdo al APGAR familiar**

- Buena función familiar: 18 -20 puntos
- Disfunción familiar leve: 14-17 puntos
- Disfunción familiar moderada: 10-13 puntos
- Disfunción severa: 9 a menos puntos

✓ **TEST 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. <sup>(27)</sup>

El contenido de los items del AUDIT, comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Su objetivo es la detección temprana de personas con problemas de alcohol.

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:

- 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 items 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. Los items del AUDIT fueron seleccionados en base, a correlaciones con la ingesta diaria de alcohol, la frecuencia de consumos de seis o más bebidas por episodio de consumo y su capacidad para discriminar a los bebedores de riesgo de aquellos con consumo perjudicial. Los items también fueron elegidos en base a la validez, relevancia clínica y la cobertura

de los dominios conceptuales relevantes. Finalmente, para esta selección de los items, se dio especial atención a su adecuación en función del género y capacidad de generalización transnacional.

La sensibilidad y especificidad de cada uno de los items 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.

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 items, 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.

### Dominios e ítems del AUDIT:

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

### Escala de Evaluación:

- 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)

✓ **TEST PARA DETECTAR USO, ABUSO Y/O DEPENDENCIA DE DISTINTAS SUSTANCIAS**

Fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar. <sup>(28)</sup>

Consiste en valorar con esta prueba el nivel de uso, abuso y/o dependencia para las distintas drogas.

El cuestionario consta de 13 preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

- Alcohol
- Éxtasis
- Heroína
- Speed
- Cocaína
- Cafeína
- Tabaco
- Cannabis
- Alucinógenos
- Tranquilizante

**Corrección del test para detectar uso, abuso y/o dependencia de las distintas sustancias**

Los criterios para distinguir entre uso, abuso y dependencia son los siguientes:

**USO**

- Debe haberse contestado a todo que NO o bien haber señalado alguna X en las afirmaciones 1, 2 ó 3.
- La interpretación es que la utilización de la sustancia elegida no causa problemas por el momento. No obstante,

el mensaje sería no confiarse en el “control” de la sustancia que el individuo parece tener ya que a largo plazo no suele funcionar.

#### ABUSO

- Debe haberse contestado con un SI en cualquiera de las afirmaciones 4, 5, 6 ó 7, para cualquiera de las sustancias, y esas situaciones tienen que haber sucedido en los últimos 12 meses (o más).
- La interpretación es que la utilización de la sustancia está produciendo daños a nivel físico y/o psíquico, y que ése puede ser el camino para la dependencia.

#### DEPENDENCIA

- Debe haberse respondido con un SI en tres o más de las afirmaciones 8, 9, 10, 11, 12, ó 13, para cualquiera de las sustancias.
- Si ese es el caso, la persona depende de la sustancia y necesita orientación profesional.
- La dependencia es la fase más grave del consumo. Implica tolerancia (necesitar más dosis para tener el mismo efecto) y abstinencia (molestias importantes cuando no se cesa el

efecto de la sustancia que lleva a repetir el uso para evitarlas). Cualquier persona que marque con un SI los ítems 8 o 9 tiene dependencia física de esa sustancia en concreto y necesita orientación y/o tratamiento profesional.

### **3.4 Procedimiento de recolección de datos**

Para la implementación del estudio se realizó el trámite administrativo, mediante un oficio dirigido al director de la Institución Educativa N° 43005 Modesto Molina, solicitando las facilidades y la autorización respectiva para a la ejecución del estudio. Posteriormente se llevó a cabo las coordinaciones con los tutores de las secciones escogidas a fin de establecer el cronograma de recolección de datos y envíen el consentimiento informado y lo traigan firmado por los padres o apoderados, a estudiantes de 3ro, 4to y 5to de secundaria, para participar en la investigación; la cual tuvo una duración entre 20 a 40 minutos considerando la comunicación a los estudiantes, docentes encargado a fin de solicitar el consentimiento informado. (Anexo 2)

### **3.5 Procesamiento de datos**

Los datos recopilados han sido codificados y procesados mediante el sistema de informática SPSS versión 22 y Microsoft Office Excel 2010. Para el análisis estadístico se utilizó la siguiente prueba estadística: Prueba del Chi – Cuadrado de Pearson: con un valor P aceptable menor 0,05. Los resultados fueron evaluados con un intervalo de confianza del 95%.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1 Resultados**

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales son presentados en distribución de frecuencias y porcentual, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

**TABLA 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN**  
**ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 43005 MODESTO**  
**MOLINA C.P. LA NATIVIDAD**  
**TACNA 2 015**

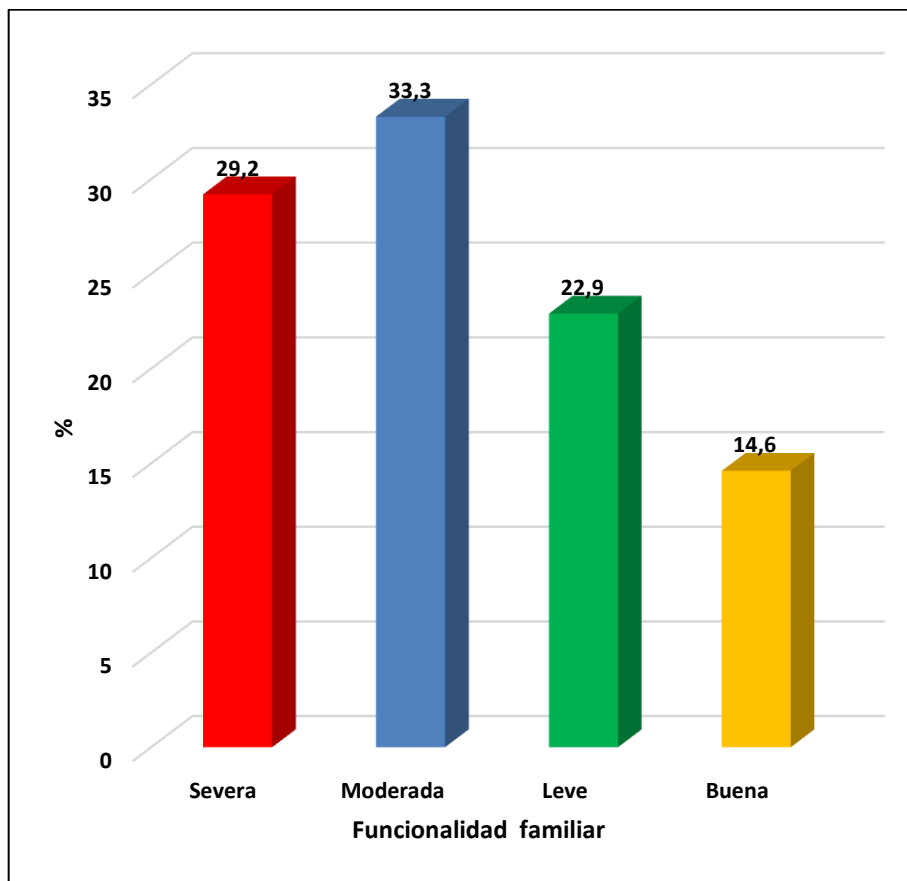
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Disfunción severa	14	29,2
Disfunción moderada	16	33,3
Disfunción leve	11	22,9
Buena función	7	14,6
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.  
**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

**DESCRIPCIÓN:**

En la tabla se puede apreciar que de los 48 adolescentes, el 33.3% pertenecen a familias con disfunción moderada, el 29,2% pertenecen a familias con disfunción severa, el 22,9% pertenecen a familias con disfunción leve y el 14.6% pertenecen a familias funcionales.

**GRAFICO N° 01**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN**  
**ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 43005 MODESTO**  
**MOLINA C.P. LA NATIVIDAD**  
**TACNA 2 015**



FUENTE: Tabla 1

**TABLA 2**  
**DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES**  
**DE LA I.E. N° 43005 MODESTO MOLINA C.P. LA NATIVIDAD**  
**TACNA - 2 015**

<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No problemas relacionados con el alcohol	15	31,2
Bebedor de riesgo	24	50
Problemas físico-psíquicos y probable dependencia alcohólica	9	18,8
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

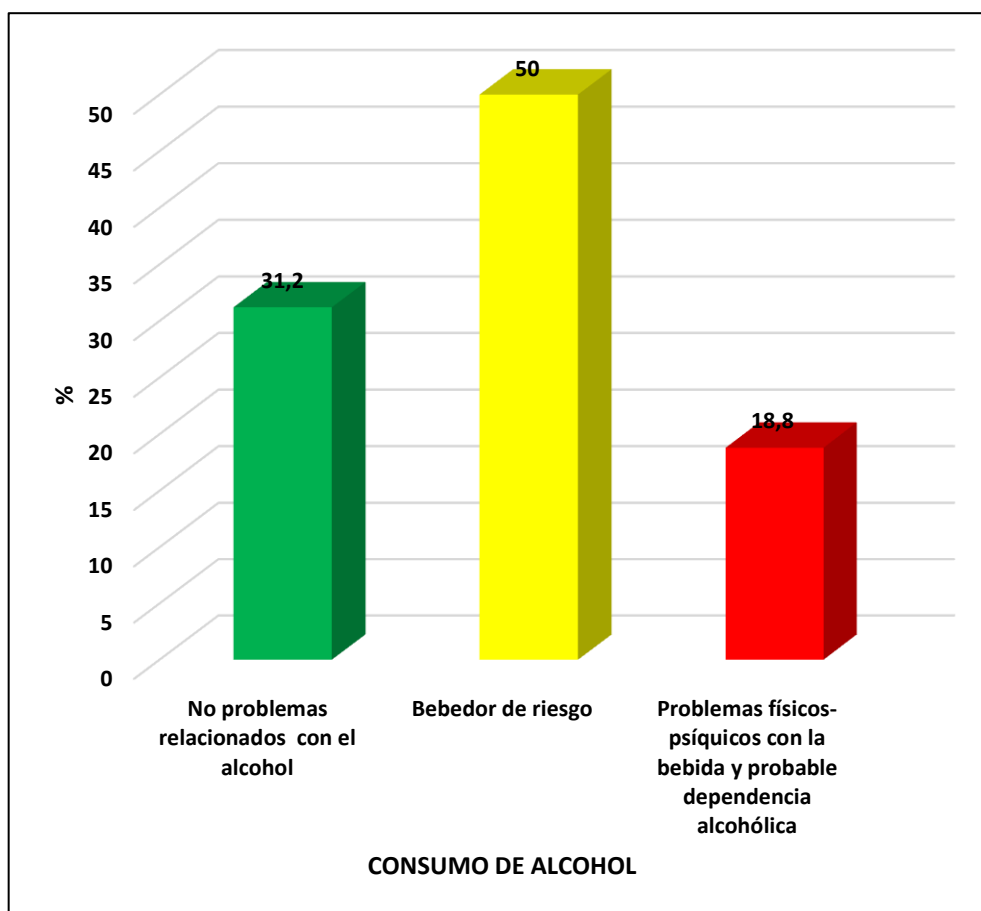
**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.

**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

**DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se puede observar que del total de adolescentes, el 50% son bebedores de riesgo, el 31,2% no tienen problemas relacionados con el alcohol, mientras que el 18,8 % tienen problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica.

**GRÁFICO Nº 2**  
**DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES**  
**DE LA I.E. Nº 43005 MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA - 2 015**



FUENTE: Tabla 2

**TABLA 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD PREVALENTE DEL CONSUMO DE**  
**ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 43005**  
**MODESTOMOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**

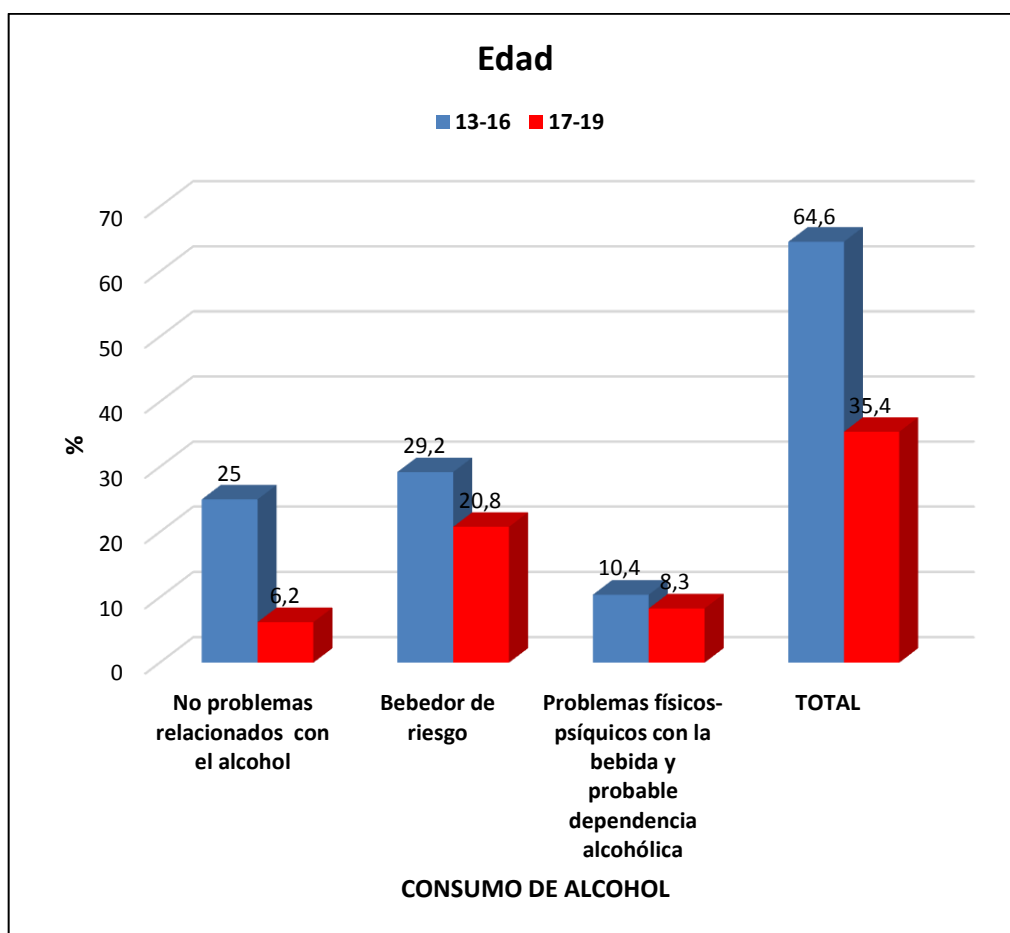
CONSUMO DE ALCOHOL	EDAD				Total	
	13-16		17-19		N°	%
	N°	%	N°	%		
No problemas relacionados con el alcohol	12	25,0	3	6,2	15	31,2
Bebedor de riesgo	14	29,2	10	20,8	24	50
Problemas físicos-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	5	10,4	4	8,3	9	18,8
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>64,6</b>	<b>17</b>	<b>35,4</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.  
**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

**DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se observa que del 50% de los adolescentes bebedores de riesgo, el 29,2% son adolescentes de entre 13 y 16 años y el 20,8% pertenecen al grupo de edad entre 17 y 19 años. Mientras que del 18,8% de los adolescentes con problemas físicos-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica, el 10,4 % son adolescentes de entre 13 y 16 años y el 8,3% pertenecen al grupo de edad entre 17 y 19 años.

**GRÁFICO N° 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD PREVALENTE DEL CONSUMO DE**  
**ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 43005**  
**MODESTOMOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**



FUENTE: Tabla 3

**TABLA 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN SEXO EN**  
**ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 43005 MODESTO**  
**MOLINA C.P. LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**

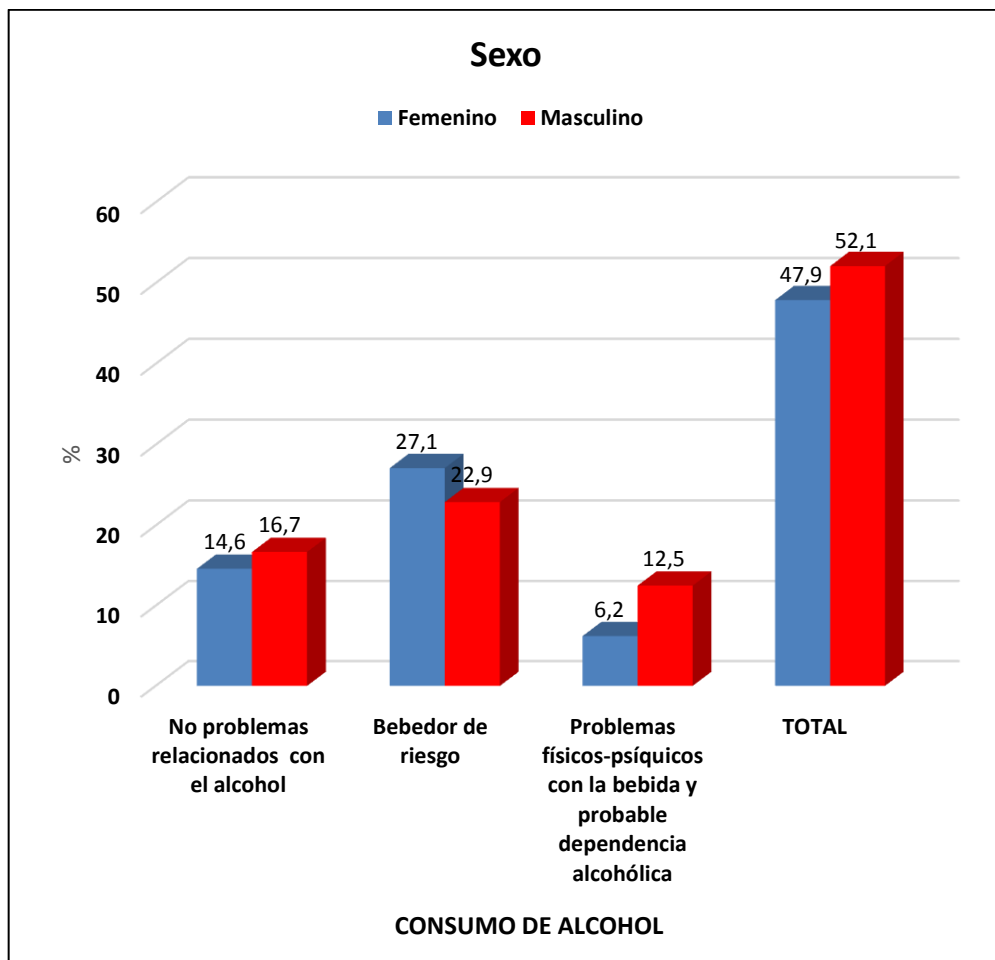
CONSUMO DE ALCOHOL	SEXO				Total	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
No problemas relacionados con el alcohol	7	14,6	8	16,7	15	31,2
Bebedor de riesgo	13	27,1	11	22,9	24	50
Problemas físicos-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	3	6,2	6	12,5	9	18,8
<b>Total</b>	23	47,9	25	52,1	48	100,0

FUENTE: Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.  
 ELABORADO POR: Bach. Zara Quispe Mamani

**DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se aprecia que del 50% de adolescentes bebedores de riesgo, el 27,1% son mujeres y el 22,9% son varones. Del 18,8% de adolescentes con problemas físicos-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica, el 12,5% son varones y el 6,2% son mujeres.

**GRÁFICO Nº 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN SEXO EN**  
**ADOLESCENTES DE LA I.E. Nº 43005 MODESTO**  
**MOLINA C.P. LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**



FUENTE: Tabla 4

**TABLA 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL**  
**EN ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 43005 MODESTO**  
**MOLINA C.P. LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**

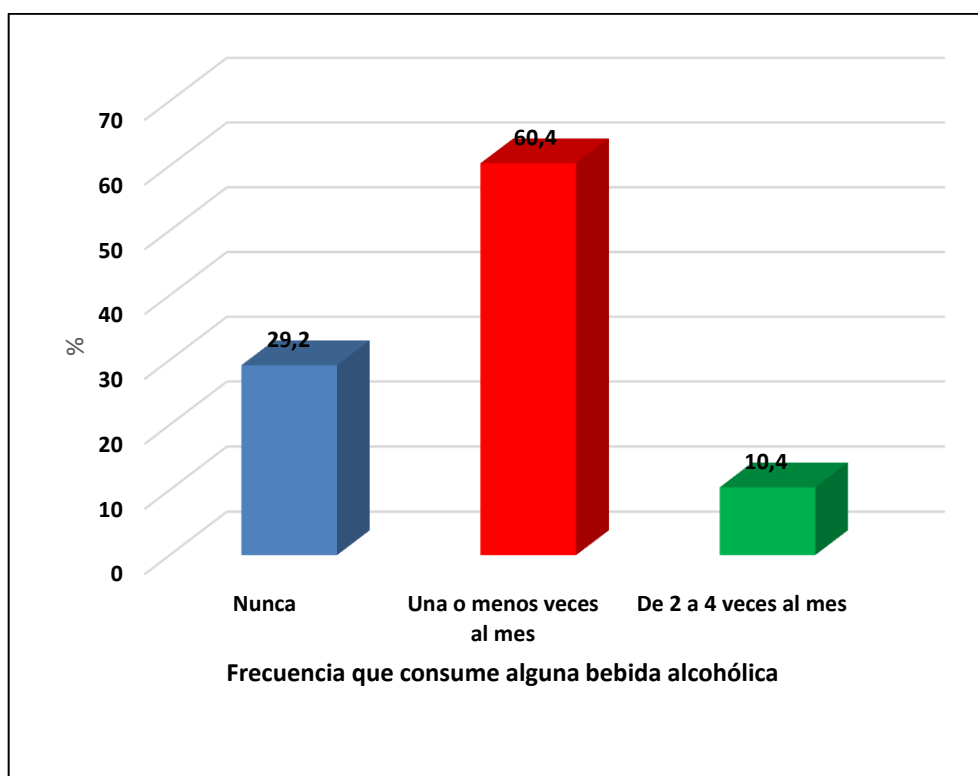
<b>FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Nunca	14	29,2
Una o menos veces al mes	29	60,4
De 2 a 4 veces al mes	5	10,4
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.  
**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

**DESCRIPCIÓN:**

La tabla muestra la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas por los adolescentes, se puede observar que el 60,4% consumen bebidas alcohólicas una o menos veces al mes, a diferencia del 10,4% de adolescentes que consumen de 2 a 4 veces al mes.

**GRÁFICO Nº 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL**  
**EN ADOLESCENTES DE LA I.E. Nº 43005 MODESTO**  
**MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**



FUENTE: Tabla 5

**TABLA 6**  
**DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES**  
**DELA I.E. N° 43005 MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**

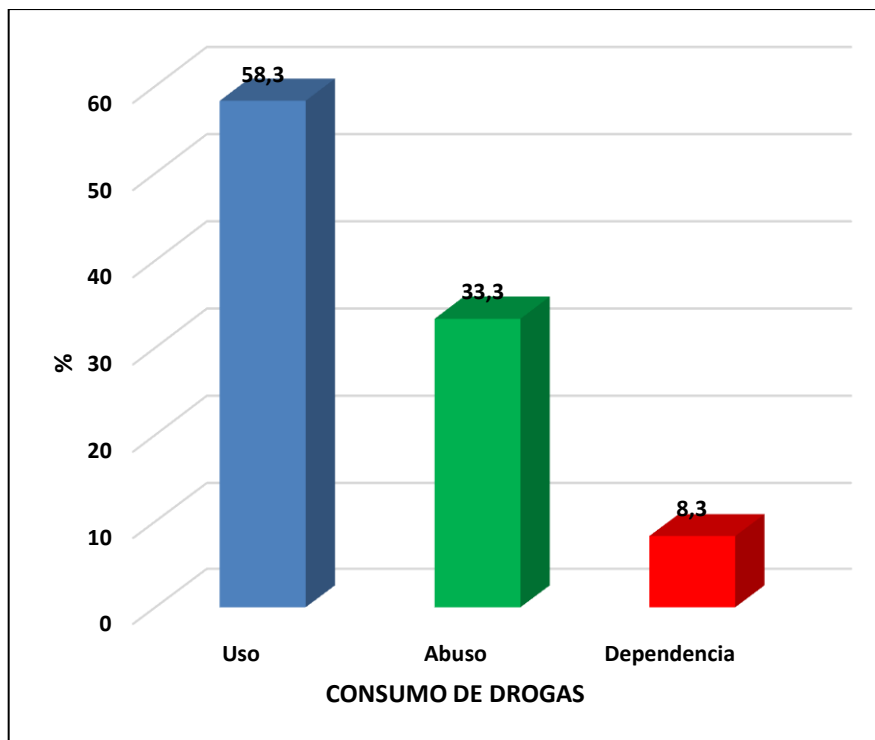
<b>CONSUMO DE DROGAS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Dependencia	4	8,3
Abuso	16	33,3
Uso	28	58,3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.  
**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

**DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se puede observar que del total de adolescentes, el 58,3% usa algún tipo de droga, el 33,3% abusa y 8,3% tiene dependencia a algún tipo de droga.

**GRÁFICO Nº 6**  
**DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES**  
**DE LA I.E. Nº 43005 MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**



FUENTE: Tabla 6

**TABLA 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD PREVALENTE DEL CONSUMO DE**  
**DROGAS EN ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 43005**  
**MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**

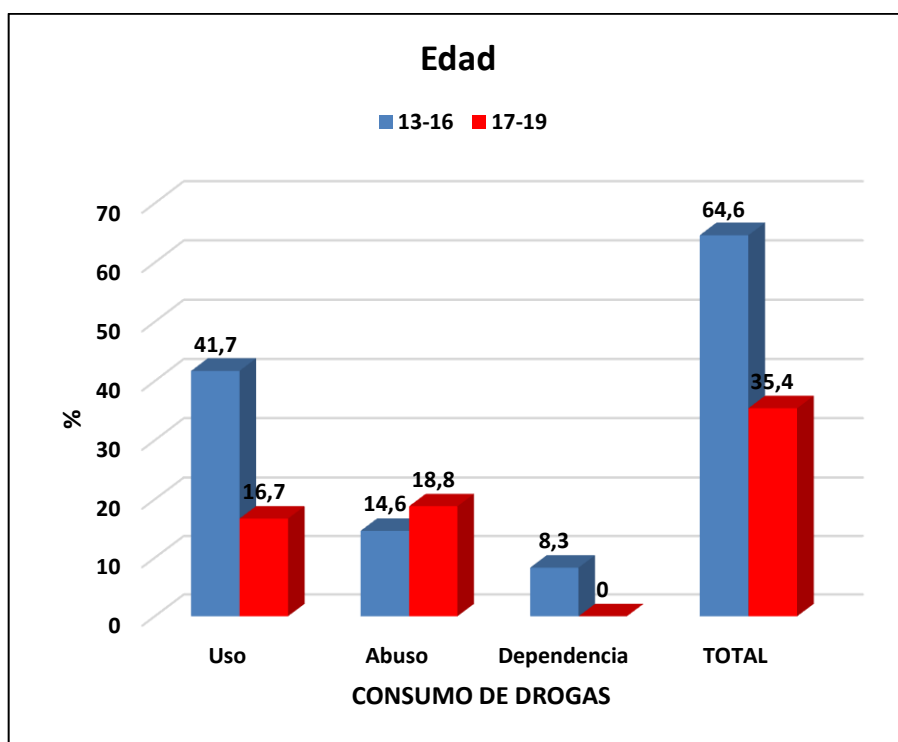
CONSUMO DE DROGAS	EDAD				Total	
	13-16		17-19		N°	%
	N°	%	N°	%		
Dependencia	4	8,3	0	0	4	8,3
Abuso	7	14,6	9	18,8	16	33,3
Uso	20	41,7	8	16,7	28	58,3
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>64,6</b>	<b>17</b>	<b>35,4</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.  
**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

**DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se puede apreciar que del 58,3% de adolescentes que usan algún tipo de droga, el 41,7% son adolescentes de entre 13 a 16 años y el 16,7% de entre 17 a 19 años. Del 33,3% de adolescentes que abusa algún tipo de droga, 18,8% son de entre 13 a 16 años y el 14,6% pertenece al grupo de edad de 17 a 19 años. Del 8,3% de adolescentes que tiene dependencia a algún tipo de droga, el 8,3% pertenece a las edades de entre 13 a 16 años.

**GRÁFICO N° 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD PREVALENTE DEL CONSUMO DE**  
**DROGAS EN ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 43005**  
**MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**



FUENTE: Tabla 7

**TABLA 8**  
**DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS SEGÚN SEXO EN**  
**ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 43005 MODESTO**  
**MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**

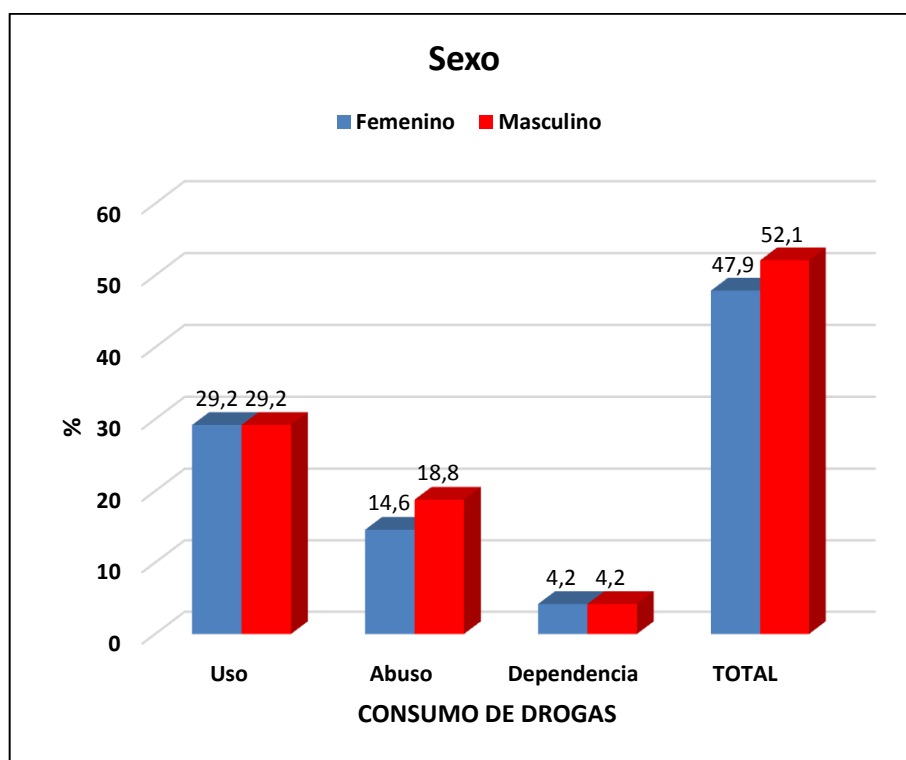
CONSUMO DE DROGAS	SEXO				Total	
	Femenino		Masculin o		N°	%
	N°	%	N°	%		
Dependencia	2	4,2	2	4,2	4	8,3
Abuso	7	14,6	9	18, 8	16	33,3
Uso	14	29,2	14	29,2	28	58,3
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>47,9</b>	<b>25</b>	<b>52,1</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.  
**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

**DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se aprecia que del 58,3% de adolescentes que usan algún tipo de drogas, el 29,2% son mujeres y el 29,2% son varones. Del 33,3% que abusan de drogas, el 18,8% son varones y el 14,6% son mujeres. Del 8,3% que dependen de alguna droga, el 4,2% son mujeres y 4,2% son varones.

**GRÁFICO Nº 8**  
**DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS SEGÚN SEXO EN**  
**ADOLESCENTES DE LA I.E. Nº 43005 MODESTO**  
**MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**



FUENTE: Tabla 8

**TABLA 9**  
**DISTRIBUCIÓN POR INCIDENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN**  
**ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 43005 MODESTO**  
**MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**

<b>TIPO DE DROGA</b>				<b>TOTAL</b>	
Consumen		No consumen			
<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Alcohol</b>					
33	66,7	15	33,3	48	100,0
<b>Tabaco</b>					
7	14,6	41	85,4	48	100,0
<b>Cafeína</b>					
6	12,5	42	87,5	48	100,0
<b>Marihuana</b>					
3	6,2	45	93,8	48	100,0
<b>Cocaína</b>					
1	2,0	47	98,0	48	100,0
<b>Éxtasis</b>					
1	2,0	47	98,0	48	100,0

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.  
**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

### **DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se observa que de los 48 adolescentes, la droga legal que mayor incidencia registra es el alcohol (66,7%) seguido del tabaco (14,6) y la cafeína (12,5%). Respecto al consumo de drogas ilegales se encuentran, la marihuana (6,2%) como la droga más consumida por los adolescentes, seguido de éxtasis (2,0%) y cocaína (2,0%).

**TABLA 10**  
**DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN RELACIÓN A LA**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ADOLESCENTES DE LA I.E. N°**  
**43005 MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**

FUNCIONA LIDAD FAMILIAR	CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
	No problemas relacionad os con el alcohol		Bebedor de riesgo		Problemas físicos- psíquicos y probable dependen cia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Disfunción severa	7	14,6	2	4,2	5	10,4	14	29,2
Disfunción familiar moderada	6	12,5	10	20,8	0	0	16	33,3
Disfunción familiar leve	9	18,8	2	4,2	0	0	11	22,9
Buena función familiar	3	6,2	4	8,3	0	0	7	14,6
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>52,1</b>	<b>18</b>	<b>37,5</b>	<b>5</b>	<b>10,4</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.  
**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

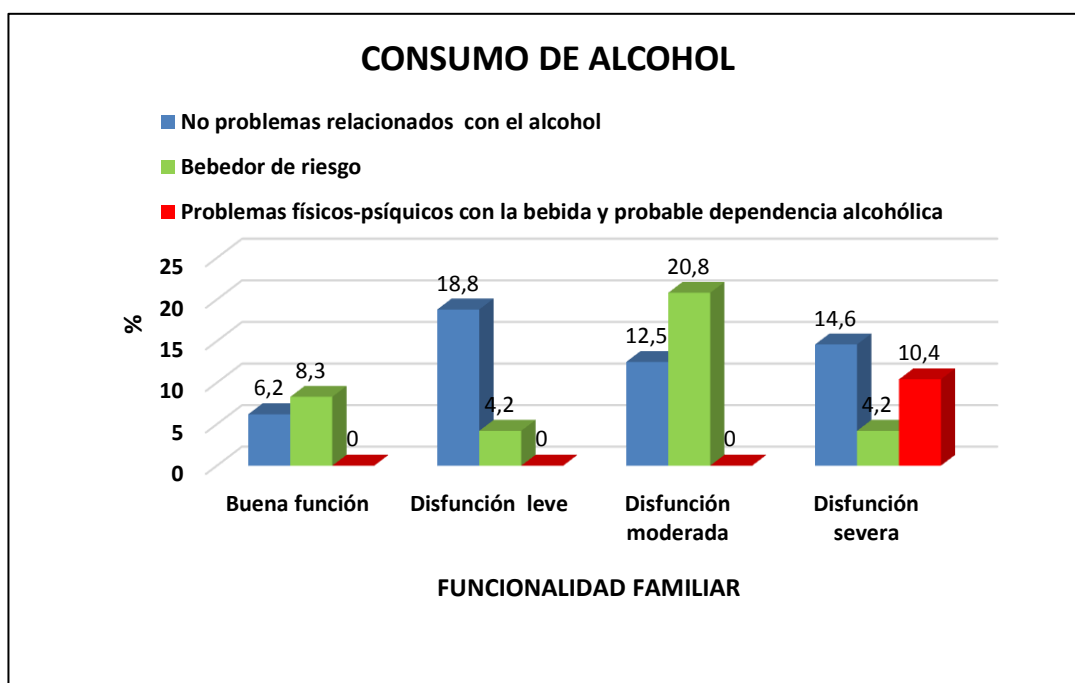
Chi cuadrado: $\chi^2 = 16,688$ P= 0,002 < 0,05
---

### **DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se puede observar que de los 16 adolescentes que pertenecen a familias con disfunción moderada, el 20,8% de adolescentes son bebedores de riesgo a diferencia del 12,5% de adolescentes que no tiene problemas relacionados con el alcohol.

Al análisis con la prueba Chi cuadrado, se evidencia que existe relación estadística significativa; entre consumo de alcohol, con respecto a la disfunción familiar de los adolescentes de la I. E. M. M.  $P= 0,002 < 0,05$  se rechaza hipótesis nula, por lo tanto las variables en estudio están relacionadas.

**GRÁFICO Nº 10**  
**DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN RELACIÓN A LA**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ADOLESCENTES DE LA I.E. Nº**  
**43005 MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**



FUENTE: Tabla 10

**TABLA 11**  
**DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN RELACIÓN A LA**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ADOLESCENTES DE LA I.E.**  
**Nº 43005 MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**

FUNCIONA LIDAD FAMILIAR	CONSUMO DE DROGAS						Total	
	Uso		Abuso		Depende ncia		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Disfunción severa	7	14,6	4	8,3	3	6,2	14	29,2
Disfunción familiar moderada	6	12,5	9	18,8	1	2,1	16	33,3
Disfunción familiar leve	10	20,8	1	2,1	0	0	11	22,9
Buena función familiar	5	10,4	2	4,2	0	0	7	14,6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>58,3</b>	<b>16</b>	<b>33,3</b>	<b>4</b>	<b>8,3</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. Nº 43005 M.M.  
**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

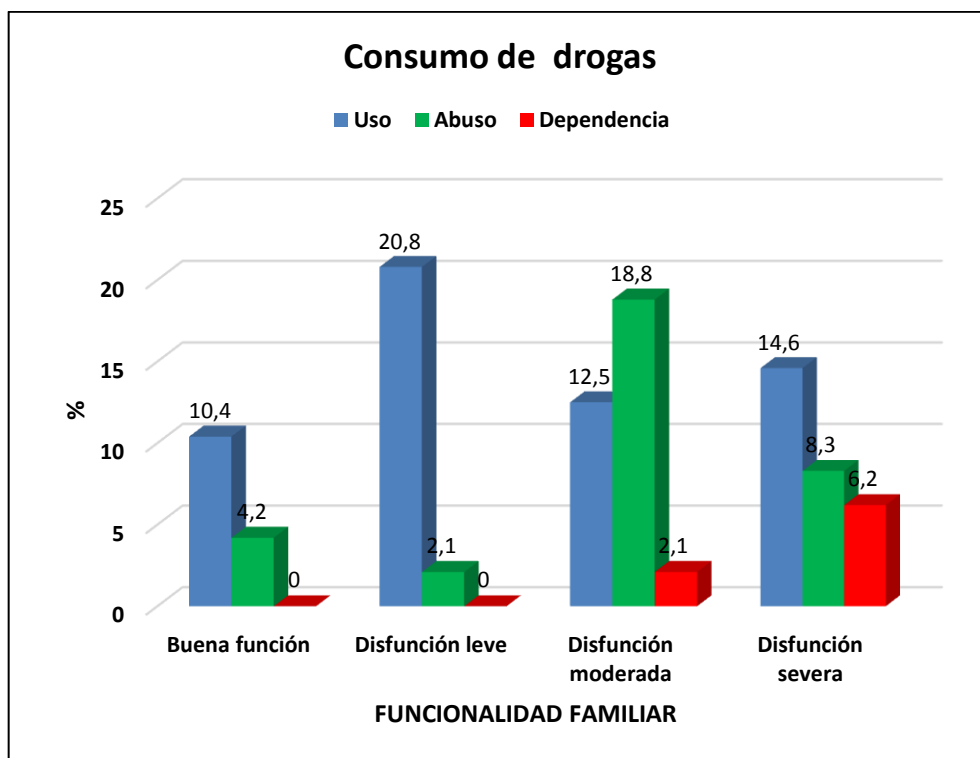
Chi cuadrado: $\chi^2 = 1,532$ P= 0,048 < 0,05
--

## **DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se puede observar que de los 16 adolescentes que pertenecen a familias con disfunción moderada, el 18,8% abusan de algún tipo de droga, el 12,5% usa algún tipo de droga y el 2,1% de adolescentes dependen de alguna droga.

Al análisis con la prueba Chi cuadrado, se evidencia que existe relación estadística significativa; entre consumo de drogas, con respecto a la disfunción familiar de los adolescentes de la I. E. M. M.  $P= 0,048 < \alpha =0,05$  se rechaza hipótesis nula, por lo tanto las variables en estudio están relacionadas.

**GRÁFICO Nº 11**  
**DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN RELACIÓN A LA**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ADOLESCENTES DE LA I.E.**  
**Nº 43005 MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD**  
**TACNA – 2 015**



FUENTE: Tabla 11

## 4.2 Discusión

En la actualidad el consumo de alcohol y drogas en el adolescente es un problema que va tomando preocupación en el mundo. En tal sentido, el presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar la relación existente entre familias disfuncionales y el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes de la Institución Educativa N°43005 Modesto Molina del Centro Poblado la Natividad Tacna-2015. Según los objetivos trazados se discutirá los resultados obtenidos y su relación con estudios similares nacionales e internacionales.

En la tabla 1 relacionado a la funcionalidad familiar, el 33,3% de adolescentes pertenecen a familias con disfunción moderada, el 29,2% pertenecen a familias con disfunción severa, el 22,9% pertenecen a familias con disfunción leve y el 14,6% pertenecen a familias funcionales.

Los hallazgos son concordantes con el estudio realizado por Macavilca J. en su tesis Funcionamiento familiar y estilos de vida en el adolescente en la I.E. Juan de Espinosa Medrano 7082, San

Juan de Miraflores, 2 013 <sup>(10)</sup> quien identificó que el 56% fueron disfuncionales y 12%, funcionales.

A si mismo son concordantes con el estudio de Cruz A. en su tesis Factores de Riesgo con la Salud Mental de las Estudiantes del quinto grado de Educación Secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012; <sup>(17)</sup> quien identificó según la funcionalidad familiar el 63% de las adolescentes en su gran mayoría pertenece a una familia disfuncional y un 37% pertenece a una familia funcional.

Los resultados obtenidos nos dan a conocer que los adolescentes de la I.E. N° 43005 Modesto Molina, conforman familias, tanto funcionales y disfuncionales, siendo esta última la preponderante, esto quiere decir que más del 50% de adolescentes tienen familias que fácilmente entran en desequilibrio y cuando estos necesitan ayuda o soporte de sus integrantes, dicha familia no estará en la capacidad de satisfacer esas necesidades, por ende el estudiante buscará ayuda en grupos de su misma edad y muchas veces encontrará sentirse bien consumiendo sustancias psicoactivas. Esta tendencia estaría evidenciando un funcionamiento familiar no saludable, que podría implicar a familias

con poca armonía interna, debido a la carencia de manifestaciones de cariño donde no se toma en cuenta la opinión del adolescente; entre las posibles causas se encuentra el pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, donde los padres por falta de recursos económicos, estilo de vida no saludable u otros factores, carecen en su mayoría de un buen nivel de instrucción, situación que trae como consecuencia una remuneración laboral baja y ausencia prolongada en el hogar, que sumado a las complicaciones de la adolescencia contribuye a que se rompa fácilmente las relaciones familiares y dificulte el desarrollo de habilidades y capacidades del adolescente siendo éste susceptible a conductas de riesgo o adoptando estilos de vida no saludable que en su vida adulta, podrían manifestarlo y transmitirse de generación en generación.

En la tabla 2 corresponde al consumo de alcohol, se aprecia que el 50 % de los adolescentes son bebedores de riesgo y el 18,8 % tienen problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica.

Este resultado se relaciona con el estudio de DEVIDA en Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2 012. <sup>(6)</sup> que del 40,5% de

los escolares que han probado alguna droga legal, el alcohol (37,2%) es la más consumida por los escolares.

A si mismo se relaciona con el estudio de Chambilla L. en su tesis Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” distrito de Ciudad Nueva Tacna 2 011 <sup>(10)</sup> quien identificó que el 37,86% consumen drogas, siendo el alcohol (83,12%) la sustancia más consumida entre las drogas legales.

Por último, el resultado obtenido el estudio de Vargas L. en su tesis Influencia de los Factores Psicosociales en el Consumo de Bebidas Alcohólicas en Adolescentes del Nivel Secundario de la I.E. Modesto Basadre Tacna 2 012. <sup>(16)</sup> quien identificó que el 33,9% de los adolescentes consumen bebidas alcohólicas.

Por lo expuesto se deduce que 1 de cada 3 adolescentes de la I.E. N°43005 Modesto Molina, consumen bebidas alcohólicas, lo cual constituye un problema social que puede deberse múltiples factores que influyen en el adolescente, principalmente por encontrarse en esta etapa de vida, la cual aumenta su vulnerabilidad.

En la tabla 3 relacionado a la edad prevalente del consumo de alcohol, se observa que del 50% de los adolescentes bebedores de riesgo, el 29,2% son adolescentes de entre 13 a 16 años y del 18.8% de los adolescentes con problemas físicos-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica, el 10,4 % son adolescentes de entre 13 y 16 años.

Este resultado se puede comparar con el estudio de DEVIDA en el Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2 012, <sup>(6)</sup> donde La edad promedio de inicio del consumo de alcohol y tabaco se ubica en los 13 años.

A si mismo se puede comparar con el estudio de 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 2 012 <sup>(16)</sup> muestra que la edad de mayor prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es el de 14 a 15 años con el 16,1% del total de adolescentes consumidores.

Lo que significa que la prevalencia de edad de consumo de alcohol del primer estudio mencionado se encuentra dentro del rango de edades de los adolescentes de la I.E. N°43005 Modesto Molina, mientras que el segundo estudio; muestra la edad de

mayor prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es mayor a la del estudio mencionado, demuestra que mientras pasan los años, la edad de mayor prevalencia se hace cada vez menor.

En la tabla 4 relacionado al consumo de alcohol según género, se aprecia que del 50% de adolescentes bebedores de riesgo, el 27,1% son mujeres y el 22,9% son varones. Del 18,8% de adolescentes con problemas físicos-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica, el 12,5% son varones y el 6,2% son mujeres.

Estos resultados se relacionan con el estudio de DEVIDA en el Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2 012. <sup>(6)</sup> concluyó que la diferencia de consumo de alcohol entre varones (20,6%) y mujeres (18,7%) es mínima.

El resultado del estudio mencionado, difiere con el estudio realizado a adolescentes de la I. E. N° 43005 Modesto Molina, donde de acuerdo al género, existe mayor predominio por parte de las mujeres, en el consumo de alcohol, mientras que en el caso de los varones existe una diferencia cuantificable. En todo análisis que se realiza respecto al consumo en función al género debe de

recordarse que la tolerancia frente al alcohol tanto de hombres como mujeres es distinta. Sin embargo hablamos de una población adolescente, se debe considerarse, que por más mínima que sea el consumo y/o diferencia en género, no quita que sea un riesgo potencial, tanto para la salud del adolescente, así como en el desenvolvimiento frente a la sociedad, teniendo en cuenta que el adolescente se encuentra en una etapa, donde presenta una serie de cambios a nivel biológico, psicológico y físico.

En la tabla 5 se muestra la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas por los adolescentes, se puede observar que el 60.4% consumen bebidas alcohólicas una o menos veces al mes, a diferencia del 10,4% de adolescentes que consumen de 2 a 4 veces al mes.

Estos resultados se relacionan con el estudio de Vargas L. en su tesis *Influencia de los Factores Psicosociales en el Consumo de Bebidas Alcohólicas en Adolescentes del Nivel Secundario de la I.E. Modesto Basadre Tacna 2 012.*<sup>(16)</sup> donde se concluyó que el 29,1% de los adolescentes consumen bebidas alcohólicas menos de dos veces al mes.

Los resultados del estudio mencionado, son similares a la del estudio realizado, lo que confirma que la frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas; es de por lo menos 1 vez por mes en los adolescentes de la I.E. N° 43005 Modesto Molina. Puede pensarse que se trata de un grupo de adolescentes, que consumen pocas veces al mes (1 vez al mes), pero cuando lo hace, lo realiza de una forma abusiva, es así que engloba un consumo más problemático.

En la tabla 6 corresponde al consumo de drogas, se puede observar que del total de adolescentes, el 58,3% usa algún tipo de droga, el 33,3% abusa y 8,3% tiene dependencia a algún tipo de droga.

El resultado se relaciona con el estudio de Chambilla L. (2011) En su estudio "Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa "Mariscal Cáceres" distrito de Ciudad Nueva Tacna 2011". Concluyó que el 37,86% consumen drogas, siendo el alcohol (83,12%) la sustancia más consumida entre las drogas legales y la marihuana (40%) entre las drogas ilegales. <sup>(15)</sup>

DEVIDA en su Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 <sup>(5)</sup> donde el 40,5% de los escolares han probado alguna droga legal., el 8.1% drogas ilegales y el 5.5% alguna droga médica.

Los resultados de los estudios citados, son concordantes con el estudio realizado en cuanto al consumo de drogas; es decir que los adolescentes de la I.E. N°43005 Modesto Molina han consumido alguna droga, tanto legal como ilegal. A si pues el consumo de drogas se encuentra en aumento en los adolescentes, trayendo consigo una serie de consecuencias negativas, así lo confirma el MINSA 2013; <sup>(5)</sup> que 1 150 adolescentes de entre 12 y 17 años, han recibido atención médica en los hospitales públicos del país, por sufrir adicciones a la cocaína y a la marihuana. Asimismo, se brindaron tratamiento en dichos establecimientos a un total de 1,987 menores con serios problemas de alcoholismo.

En la tabla 7 muestra la edad prevalente del consumo de drogas, se puede apreciar que del 58,3% de adolescentes que usan algún tipo de droga, el 41,7% son adolescentes de entre 13 a 16 años. Del 33,3% de adolescentes que abusa algún tipo de droga, 18,8% son de entre 13 a 16 años. Del 8,3% de adolescentes

que tiene dependencia a algún tipo de droga, el 8,3% pertenece a las edades de entre 13 a 16 años.

Estos resultados se relacionan con el estudio de DEVIDA en su Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012. <sup>(6)</sup> La edad promedio de inicio del consumo de drogas legales se ubica en los 13 años, mientras que en las drogas ilegales, la edad promedio de inicio oscila entre los 12 y 14 años.

Los resultados nos permiten concluir que la edad promedio de consumo de drogas, del estudio mencionado, es similar de adolescentes de la I.E. N°43005 Modesto Molina. Las conductas riesgosas están presentes, ya que es una consecuencia negativa de una propia característica del adolescente: su tendencia a experimentar con conductas y buscar nuevas experiencias, y que estas albergan un alto potencial de daño para su salud integral.

En la tabla 8 relacionado al consumo de drogas según género, se aprecia que del 58,3% de adolescentes que usan algún tipo de drogas, el 29,2% son mujeres y el 29,2% son varones. Del 33,3% que abusan de drogas, el 18,8% son varones y el 14,6%

son mujeres. Del 8,3% que dependen de alguna droga, el 4,2% son mujeres y 4,2% son varones.

Estos resultados se relacionan con el estudio de DEVIDA en su Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2 012 <sup>(6)</sup>, la diferencia de consumo de drogas legales entre varones (25,1%) y mujeres (21,5%) es mínima. En el caso de las sustancias ilegales, la diferencia de consumo entre hombres (4,5%) y mujeres (3,1%) es mínima.

Se concluye entonces que el consumo de drogas tanto legales como ilegales en adolescentes de la I.E. N°43005 Modesto Molina, la diferencia entre ambos sexos es mínima. Estas sustancias tienden a diluir las diferencias de género entre sus usuarios.

En la tabla 9 muestra la incidencia según el tipo de droga consumido, se observa que de los 48 adolescentes, la droga legal que más consumen es el alcohol (66,7%) seguido del tabaco (14,6) y la cafeína (12,5%). Respecto al consumo de drogas ilegales se encuentran, el cannabis (marihuana) (6,2%) como la droga más consumida por los adolescentes, seguido de éxtasis (2,0%) y cocaína (2,0%).

Estos resultados se relacionan con el estudio de DEVIDA en su Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2 012. <sup>(6)</sup> el 40,5% de los escolares han probado alguna droga legal, ya sea alcohol o tabaco, alguna vez en su vida. Los reportes de consumo de sustancias ilegales, tales como marihuana, PBC, cocaína, inhalantes, éxtasis, alucinógenos y otras.

Finalmente se relaciona al estudio de Chambilla L. en su tesis Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” distrito de Ciudad Nueva Tacna 2 011. <sup>(10)</sup> concluye que el 37,86% consumen drogas, siendo el alcohol (83,12%) la sustancia más consumida entre las drogas legales y la marihuana (40%) entre las drogas ilegales.

Se puede concluir que en comparación con los estudios mencionados, el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los escolares. Entre las drogas ilegales, la marihuana es la más usada, seguida de los inhalantes, las sustancias cocaínicas y el éxtasis.

En la tabla 10 muestra el consumo de alcohol en relación a la funcionalidad familiar, se puede observar que del 33,3% de los adolescentes que pertenecen a familias con disfunción moderada, el 20,8% de adolescentes son bebedores de riesgo a diferencia del 12,5% de adolescentes que no tiene problemas relacionados con el alcohol.

Al análisis con la prueba Chi cuadrado, se evidencia que existe relación estadística significativa; entre consumo de alcohol, con respecto a la disfunción familiar de los adolescentes de la I. E. M. M.  $P= 0,002 < \alpha =0,05$  se rechaza hipótesis nula, por lo tanto las variables en estudio están relacionadas.

Este resultado se relaciona con el estudio de Chambilla L. en su tesis Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” distrito de Ciudad Nueva Tacna 2011. <sup>(15)</sup> quien concluye que la violencia intrafamiliar (física, psicológica y sexual) constituye un factor de riesgo para el consumo de alcohol.

Asimismo se relaciona con el estudio de Vargas L. en su tesis Influencia de los Factores Psicosociales en el Consumo de Bebidas Alcohólicas en Adolescentes del Nivel Secundario de la

I.E. Modesto Basadre Tacna 2 012 <sup>(16)</sup> quien concluye que los factores sociales que influyen en el consumo de bebidas alcohólicas son: mala comunicación familiar (46,5%), violencia intrafamiliar física (20,1%), psicológica (31,5%); las discusiones familiares (5,1%), y otros familiares (78,3%).

Se relaciona también con el estudio de Flores Brisa Isabel, Barbosa Ignacio, en su tesis “Influencia del factor familiar en la conducta problemática de alumnos de secundaria Venustiano Carranza de Puebla 2010” <sup>(17)</sup> cuyo propósito era comprender y explicar la influencia del contexto familiar en el desarrollo psicológico y ofrecer una panorámica actualizada de las variables que existe en este ámbito, Concluyendo que la familia influye en 75% en la conducta problemática del alumnado, el cual la adquiere viendo este modelo como ejemplo.

Según los resultados obtenidos y comparados podemos afirmar que la mayoría de los adolescentes que tienen disfunción familiar, tienen problemas con las bebidas alcohólicas, lo que indica que mientras mejores sean las relaciones en la familia menor es el riesgo de exponer a los adolescentes a conductas negativas.

En la tabla 11 muestra el consumo de drogas en relación a la funcionalidad familiar, se puede observar que del 33,3 % de los adolescentes que pertenecen a familias con disfunción moderada, el 18,8% abusan de algún tipo de droga, el 12,5% usa algún tipo de droga y el 2,1% de adolescentes dependen de alguna droga.

Al análisis estadístico con la prueba Chi cuadrado  $P= 0,048 < \alpha =0,05$ , se evidencia que existe relación estadística significativa; entre consumo de drogas, con respecto a la funcionalidad familiar de los adolescentes de la I.E. N° 34005 M. M.

Este resultado se relaciona con el estudio de Riofrío GR, Castanheira NL. Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil 2010 <sup>(8)</sup> Concluyeron que las causas predominantes en el consumo de droga fueron: la carencia del apoyo familiar; las influencias del entorno en que se desarrollan los jóvenes y el desconocimiento del efecto que causan las drogas y los planes para el futuro. Se identificó que la droga más consumida fue la marihuana, seguida del alcohol e inhalantes.

Los hallazgos son similares en el estudio realizado por Mosqueda DA, Carvalho FMG. Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile 2011 <sup>(9)</sup>

Concluyeron que el 86,9% de los adolescentes percibieron las relaciones familiares, en general, como factor protector, la alta comunicación con los padres. El acumulo de tensiones, problemas de salud y comportamiento fueron vistos como factores protectores por la mayoría, un número pequeño de estudiantes lo considera como factor neutro, en ambos casos asociados al consumo de alcohol y drogas por parte de algún miembro de la familia. También, la mayoría considera como factores de riesgo la educación y el tipo de trabajo de los padres.

Se relaciona también con el estudio realizado por Chambilla L. en su tesis Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” distrito de Ciudad Nueva Tacna 2011 <sup>(15)</sup> quien concluye concluyó que el consumo de drogas (37,86%) se relaciona con mala comunicación familiar, violencia intrafamiliar (física, psicológica y sexual).

Finalmente se relaciona con el estudio de Flores Brisa Isabel, Barbosa Ignacio, en su tesis “Influencia del factor familiar en la conducta problemática de alumnos de secundaria Venustiano Carranza de Puebla 2010” <sup>(17)</sup> cuyo propósito era comprender y explicar la influencia del contexto familiar en el desarrollo

psicológico y ofrecer una panorámica actualizada de las variables que existe en este ámbito, Concluyendo que la familia influye en 75% en la conducta problemática del alumnado, el cual la adquiere viendo este modelo como ejemplo.

De esta información podemos concluir que los adolescentes que presentan disfunción familiar, tienden a consumir algún tipo de drogas, pudiendo deberse esto a la valoración que se tienen como familias, es decir las relaciones dentro de la familia son un sistema que ayuda a enfrentar y superar las crisis por las que atraviesa.

Mientras que los adolescentes con buena función familiar pueden o no consumir bebidas alcohólicas.

En general puedo decir que el consumo de alcohol y drogas en adolescentes está ligada a la funcionalidad familiar; siendo esta unidad básica de la sociedad, es decir el adolescente está en el centro de muchos estímulos tantos positivos y negativos de su entorno, y es objetivo de la familia en especial hacer que estos adolescentes puedan seguir su camino hacia el desarrollo y progreso de su futuro.

Entonces como profesionales de enfermería es parte de nuestra labor servir como orientadores para las familias de hijos adolescentes, promocionando la salud de los adolescentes y previniendo las enfermedades y también los riesgos que estas puedan tener para de esta manera satisfacer las necesidades de las adolescentes, mejorando su bienestar, su calidad de vida de las adolescentes y su entorno familiar.

## **CONCLUSIONES**

1. La investigación concluye que existe relación significativa entre la disfunción familiar y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la Institución Educativa N° 34005 Modesto Molina.
2. Los adolescentes de la Institución Educativa N° 34005 Modesto Molina, pertenecen a familias con disfunción moderada (33,3%).
3. Los adolescentes de la Institución Educativa N° 34005 Modesto Molina, son bebedores de riesgo (50%).
4. Los adolescentes de la Institución Educativa N° 34005 Modesto Molina, usa alguna droga (58,3%).

## RECOMENDACIONES

- Es necesario fomentar y apoyar el trabajo preventivo promocional permanente del profesional de enfermería en las instituciones educativas, diseñando actividades intra y extramurales con participación de familias, ya que la principal causa en problemas de consumo de alcohol y drogas, parte de las familias disfuncionales.
- Promover proyectos de apoyo y soporte terapéutico a adolescentes con familias disfuncionales y que consumen alcohol y drogas.
- Promover la participación del docente en este proceso tanto como agente de información como de formación al igual del padre de familia, generándose en este caso un trinomio (padres, estudiantes y docentes) asesorados y moderados por el profesional de enfermería quien tendrá que llevar a cabo reuniones y charlas de información y orientación a padres y docentes. Asimismo generar datos de lo abordado para trabajar a mediano y largo plazo para así realizar una actividad

productiva y concordante a los cambios temporales y sociales de la comunidad.

- Promover investigación científica cualitativa sobre los procesos que ocurren al interior de las familias con la finalidad de encontrar datos específicos sobre la influencia o relación de lo concomitante en la familia sobre el consumo de alcohol y drogas

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes. Nicaragua: Organización Mundial de la Salud; 2 013.
2. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas 2 012. Nueva York: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2 012.
3. Organización Mundial de la Salud. Consumo de Alcohol. Nicaragua: Organización Mundial de la Salud; 2 012.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Composición de la Población Total, por Área de Residencia y Sexo, según grupo de Edad, 2 011. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2 011.
5. Según el Ministerio de Salud. Consumo de alcohol y drogas en menores a nivel nacional. Lima: Según el Ministerio de Salud; 2 013.
6. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en

Estudiantes de Secundaria 2 012. Lima – Perú: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas; 2 013.

7. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Lima: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas; 2 013.
8. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados. Niveles Socioeconómicos. Lima: Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados; 2 013.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la Población Peruana. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2 014.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Perú 2013. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2 013.
11. Flores B, Barbosa I. Influencia del factor familiar en la conducta problemática de alumnos de secundaria Venustiano Carranza de Puebla [monografía en internet]. México. 2 010. [citada 2 -15 Abril]. [Alrededor de 50pantallas]. Disponible desde:

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Influencia-Del-Factor-Familiar-En-La/695670.html>

12. Riofrío GR, Castanheira NL. Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil. *Latino Am Enfermagem*. 2010; 18: 598-605.
13. Mosqueda DA, Carvalho FMG. Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Latino Am Enfermagem* 2011. 19: 0104-1169.
14. Macavilca J. Funcionamiento familiar y estilos de vida en el adolescente en la I.E. Juan de Espinosa Medrano 7082, San Juan de Miraflores, 2013 [Trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Lima: editorial: Anales de la Facultad de Medicina; 2014.
15. Chambilla L. Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa "Mariscal Cáceres" distrito de Ciudad Nueva Tacna 2011 [Trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2011.

16. 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 2 012 [Trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2 013.
17. Cruz Jimenez, Angélica. “ Factores de Riesgo con la Salud Mental de las Estudiantes del quinto grado de Educación Secundaria de la I.E María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012”. [Trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2 013.
18. Organización Mundial de la Salud. Salud Familiar y Comunitaria. Nicaragua: Organización Mundial de la Salud; 2 012.
19. La Familia y la Salud. Decreto Legislativo N° 346. Art. 2. (Boletín oficial el Peruano, número 014, de 07-06-2 002).
20. Polaino A, Martínez CLP. Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la Familia. 2 ed. España: Rialp, S.A.; 2 003.
21. Minuchin, S. Familias y terapia Familiar. 7 ed. Barcelona-España: Geodisa; 1999.

22. Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes. Nicaragua: Organización Mundial de la Salud; 2013.
23. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. Manual para la prevención del consumo de drogas. Lima: AVANFIT; 2014.
24. Ley N° 25280. Código penal. Artículo N° 274. (Boletín oficial el Peruano, número 635, de 08-04-91).
25. JOHNSON DOROTHY. Análisis de la teoría del sistema conductual [monografía en internet]. EE.UU. 2000. [citada 2 15 Abril]. [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/sistema-conductual/sistema-conductual.shtml#ANALI>
26. Ministerio de Salud. Instrumento de Atención Integral a la Familia. Lima: Ministerio de Salud; 2 013.
27. Organización Mundial de la Salud. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2 001.
28. Organización Mundial de la Salud. Test Para Detectar Uso, Abuso Y/O Dependencia de Distintas Sustancias. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2 011.

**ANEXOS**

## **ANEXO 01**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

### **I. PRESENTACION**

Mi nombre es Zara Quispe Mamani, estoy llevando a cabo un trabajo de investigación "FAMILIAS DISFUNCIONALES Y EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 43005 MODESTO MOLINA DEL CENTRO POBLADO LA NATIVIDAD-TACNA-2015", Espero su colaboración para la ejecución de este instrumento y de antemano les doy las gracias.

### **II. DATOS GENERALES**

1. Edad:

- a) De 13-16
- b) De 17-19

2. Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

3. Año de estudio:

- a) 3ro
- b) 4to
- c) 5to

## CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA DEL APGAR FAMILIAR

**INSTRUCCIONES:** A continuación va encontrar una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familias, ninguna de dichas frases es falsa o verdadera, pues varía de familia en familia.

- ✓ **N** = NUNCA
- ✓ **CN** = CASI NUNCA
- ✓ **AV** = ALGUNAS VECES
- ✓ **CS** = CASI SIEMPRE
- ✓ **S** = SIEMPRE

<b>AFIRMACIONES</b>	<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>AV</b>	<b>CS</b>	<b>S</b>
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	0	1	2	3	4
2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite	0	1	2	3	4
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actitudes.	0	1	2	3	4
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.	0	1	2	3	4
5. Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en casa, c) El dinero.	0	1	2	3	4

## TEST AUDIT

### (Test de identificación de desórdenes por uso de alcohol)

**INSTRUCCIONES:** Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad. Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

ITEMS	CRITERIOS OPERATIVOS DE VALORACIÓN	PUNTAJE
1.- ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	-0. Nunca	
	-1. Una o menos veces al mes	
	-2. De 2 a 4 veces al mes	
	-3. De 2 a 3 veces a la semana	
	-4. Cuatro o más veces a la semana	
2.- ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	-0. Una o 2	
	-1. Tres o 4	
	-2. Cinco o seis	
	-3. De 7 A 8	
	-4. Diez a mas	
3.- ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	-0.Nunca	
	-1.Menos de una vez al mes	
	-2.Mensualmente	
	-3.Semanalmente	
	-4.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?	-0.Nunca	
	-1.Menos de una vez al mes	
	-2.Mensualmente	
	-3.Semanalmente	
	-4.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?	-0.Nunca	
	-1.Menos de una vez al mes	
	-2.Mensualmente	
	-3.Semanalmente	
	-4.A diario o casi a diario	
6.-¿Con qué frecuencia en el curso	-0.Nunca	

del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	-1.Menos de una vez al mes	
	-2.Mensualmente	
	-3.Semanalmente	
	-4.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?	-0.Nunca	
	-1.Menos de una vez al mes	
	-2.Mensualmente	
	-3.Semanalmente	
8.-¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	-0.Nunca	
	-1.Menos de una vez al mes	
	-2.Mensualmente	
	-3.Semanalmente	
9.- ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	-0.No	
	-1.Si pero no el curso del último año	
	-2. 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?	-0.No	
	-1.Si pero no el curso del último año	
	-2. Si el último año	



## **ANEXO 02**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación “FAMILIAS DISFUNCIONALES Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES DE LA I.E. N°43005 MODESTO MOLINA C.P. LA NATIVIDAD TACNA 2015” que tiene como objetivo determinar la relación entre familias disfuncionales y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la I. E.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, ANÓNIMA, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

---

ATT.

### ANEXO 03

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTUAL SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS DE LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. N° 43005 MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD. TACNA 2015.**

<b>GRADO DE ESTUDIOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Tercero	14	29,2
Cuarto	19	39,6
Quinto	15	31,3
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.  
**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

#### **DESCRIPCIÓN:**

En la tabla se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia al grado de estudios, se observa que el mayor porcentaje 39,6% tiene cuarto grado de estudio, mientras que el menor porcentaje 29,2 % tienen tercer grado de estudio.

## ANEXO 04

### DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTUAL SEGÚN EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. N° 43005 MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD. TACNA 2015.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13-16	31	64,6
17-19	17	35,4
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.

**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

#### **DESCRIPCIÓN:**

En la tabla se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia a la edad, se observa que el mayor porcentaje 64,6% de los estudiantes tienen edades entre 13 y 16 años, mientras que el menor porcentaje 17 % tienen edades entre 17 y 19 años.

## ANEXO 05

### DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTUAL SEGÚN SEXO DE LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. N° 43005 MODESTO MOLINA C.P LA NATIVIDAD TACNA 2015.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	23	47,9
Masculino	25	52,1
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Cuestionario aplicado a estudiantes de la I.E. N° 43005 M.M.  
**ELABORADO POR:** Bach. Zara Quispe Mamani

#### DESCRIPCIÓN:

En la tabla se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia al sexo, se observa que el mayor porcentaje 52,1% de los estudiantes son de sexo masculinos , mientras que el menor porcentaje 47,9 % son de sexo femenino.