

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“DESINTEGRACIÓN FAMILIAR Y CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA, INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES –
AYACUCHO, 2018”**

Tesis para optar el Título Profesional de Enfermería:

Presentado por:

AQUINO ROJAS, Mery Ruth.

CUNTO URBANO, Ever.

AYACUCHO – PERÚ

2020

**“DESINTEGRACIÓN FAMILIAR Y CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA, INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES –
AYACUCHO, 2018”**

Bach. Aquino Rojas, Mery Ruth.

Bach. Cunto Urbano, Ever.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación de la desintegración familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del quinto año de Educación Secundaria, I.E. Mariscal Cáceres-Ayacucho, 2018. **Materiales y Métodos:** La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, tipo aplicada, nivel descriptivo-correlacional y diseño no experimental-transversal. La población estuvo constituida por estudiantes del quinto año de secundaria de la institución en mención, la muestra fue censal, compuesta por 578 estudiantes; la técnica de recolección de los datos empleada fue la encuesta y su instrumento, el cuestionario. **Resultados:** Desintegración familiar en los estudiantes del quinto año de educación secundaria, Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018, es 37,1% alto, 34,9% bajo y 28% regular. Respecto al consumo de sustancias psicoactivas; el 67,8% consumen. Relación de desintegración familiar y consumo de sustancias psicoactivas, evidencia que de 37,1% estudiantes con familia desintegrada el 32,4% consumen, de 28% de familias en proceso de desintegración el 100% de estudiantes consumen alguna sustancias psicoactiva y de 34,9% con desintegración baja el 27,5% no consumen. **Conclusiones:** En la Institución Educativa Mariscal Cáceres: el 65,1% de estuantes de quinto año de educación secundaria viven en un ambiente familiar en desintegración y/o desintegrado; el 67.8% consumen sustancias Psicoactivas. El consumo de sustancias psicoactivas está relacionado significativamente con la desintegración ($p = 0,000 p < 0,05$).

Palabras Claves: Desintegración familiar, consumo de sustancias psicoactivas

FAMILY DISINTEGRATION AND THE CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN STUDENTS OF THE FIFTH YEAR OF SECONDARY EDUCATION, MARISCAL CÁCERES- AYACUCHO INSTITUCIÓN EDUCATIVA, 2018.

Bach. Aquino Rojas, Mery Ruth.

Bach. Cunto Urbano, Ever.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship of family disintegration and the consumption of psychoactive substances in students in the fifth year of Secondary Education, I.E. Mariscal Cáceres-Ayacucho, 2018. Materials and Methods: The research had a quantitative approach, applied type, descriptive-correlational level and non-experimental-transversal design. The population was constituted by students of the fifth year of secondary school of the institution in question, the sample was census, composed of 578 students; The data collection technique used was the survey and its instrument, the questionnaire. Results: Family disintegration in students in the fifth year of secondary education, Mariscal Cáceres Educational Institution, Ayacucho 2018, is 37.1% high, 34.9% low and 28% regular. Regarding the consumption of psychoactive substances; 67.8% consume. Relationship of family disintegration and consumption of psychoactive substances, evidence that of 37.1% students with a disintegrated family 32.4% consume, of 28% of families in the process of disintegration 100% of students consume some psychoactive substances and 34, 9% with low disintegration 27.5% do not consume. Conclusions: In the Mariscal Cáceres Educational Institution: 65.1% of students in fifth year of secondary education live in a family environment in disintegration and / or disintegration; 67.8% consume psychoactive substances. The consumption of psychoactive substances is significantly related to disintegration ($p = 0.000$ $p < 0.05$).

Key words: Family breakdown, consumption of psychoactive substances

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a **Dios**, por haberme permitido culminar con éxito esta hermosa etapa de mi vida, en la cual pude entender y valorar cada una de las Bendiciones con las cuales él me rodea.

Esta tesis la dedico a mis Padres: Cesario y María, por todo su amor, apoyo incondicional y motivación durante estos cinco años de estudios, gracias a ellos logré realizarme como profesional ¡Los amo y los amaré hasta las eternidades!

A mi novia, amigos y conocidos, que durante esta etapa de estudios me dieron fuerzas, apoyo y estuvieron a mi lado en todo momento durante este trayecto.

Ever Cunto Urbano

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a **Dios**, por haberme permitido culminar con éxito esta hermosa etapa de mi vida, en la cual pude entender y valorar cada una de las Bendiciones con las cuales él me rodea.

A mis padres, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí, por darme una carrera para mi futuro y porque siempre me apoyaron en todo momento; a mis hermanos, por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A mi novio, amigos y conocidos, que durante esta etapa de estudios me dieron fuerzas, apoyo y estuvieron a mi lado en todo momento durante este trayecto.

Aquino Rojas, Mery Aquino

AGRADECIMIENTO

Agradezco a nuestros queridos padres por ser fuente de nuestra motivación e inspiración para superarnos profesionalmente.

A nuestra familia, y a todas aquellas personas que, de una u otra forma, nos han apoyado para alcanzar este primer logro importante en mi carrera profesional

A nuestra alma mater Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; quien nos acogió a lo largo de estos últimos años, brindándonos una formación académica y humanística.

Al Sr. Director y personal de la Institución Educativa Mariscal Cáceres quienes han permitido que han contribuido en la concreción de esta investigación.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| RESUMEN | ii |
| ABSTRAC | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| AGRADECIMIENTOS | vi |
| IINDICE GENERAL | vii |
| CAPITULO I: INTRODUCCIÓN | 08 |
| CAPÍTULO II: REVISIÓN LITERAREA | 15 |
| 2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN | 15 |
| 2.2. BASE TEÓRICA | 18 |
| 2.3. HIPÓTESIS | 39 |
| 2.4. VARIABLES | 39 |
| CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS | 41 |
| 3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN | 41 |
| 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 41 |
| 3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 41 |
| 3.4. AREA DE ESTUDIO | 41 |
| 3.5. POBLACIÓN DE ESTUDIO | 42 |
| 3.6. MUESTRA POBLACIONAL | 42 |
| 3.7. TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 42 |
| 3.8. RECOLECCIÓN DE DATOS | 44 |
| 3.9. PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS | 44 |
| CAPITULO IV: RESULTADOS | 46 |
| CAPITULO V: DISCUSIÓN | 50 |
| CONCLUSIONES | 58 |
| RECOMENDACIONES | 59 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA | 60 |
| ANEXOS | 66 |

CAPITULO I.

INTRODUCCIÓN

La familia es un grupo de personas que comparten vínculo de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla [1]. La familia es un núcleo compuesto por personas unidas por parentesco o relaciones de afecto. Cada sociedad suele tener uno o más tipos de organización familiar, pero algo muy importante es que, en la familia, sea del tipo que sea, las personas que conforman ese grupo, tienen relaciones de parentesco y afectivas. Además, en este grupo familiar se transmiten los valores de la sociedad en la que se vive. Por lo tanto, la familia es reproductora del sistema social hegemónico de una época y sociedad determinada [2].

Es por eso que la familia, juega un papel muy importante en la prevención e intervención en el consumo de drogas, tanto a la hora de inducir el riesgo como a la de promover la protección y la resiliencia. Sin embargo, la familia no sólo influye entre sus miembros sino que recibe al mismo tiempo la influencia de otros sistemas más amplios [3]., por lo que estamos hablando de un sistema en continuo cambio, que se ve influido por múltiples factores como los cambios sociales, económicos y escolares que han hecho que el concepto de familia haya cambiado mucho en los últimos años. Así, se ha pasado de las familias tradicionales con ambos padres biológicos o familias extensas (convivencia con abuelos, tíos, primos...) a familias monoparentales (debido al divorcio o muerte de uno de los

progenitores), familias reconstituidas (en convivencia con la nueva pareja de uno de los padres) e incluso a familias con padres del mismo sexo.

Durante los últimos años se advierte el debilitamiento de la estructura familiar a nivel mundial, influenciada por una serie de factores; en la investigación desarrollado sobre los divorcios y el porcentaje de nuevos matrimonios, desde el 2001 al 2013, se manifiesta en la forma siguiente: Bélgica se sitúa en el primer lugar con un 71%, seguida de Portugal con el 68%, Hungría 67%, República Checa con el 66 % y España 61%, Estados Unidos 51%, Cuba es el país latino con mayor porcentaje de 56% en la tasa de rupturas matrimoniales. Los países latinoamericanos se encuentran entre las naciones con menos divorcios, excepto Cuba: Chile se sitúa en el último lugar con un porcentaje del 03%, Guatemala con un 05% y Colombia con una tasa del 09% [4].

En América Latina y del Caribe, el matrimonio ha decaído, el divorcio y la separación aumentan, se incrementan los nacimientos fuera del matrimonio y en un número creciente de hogares las mujeres son jefas de hogar. “Tanto a nivel nacional como internacional estas tendencias han sido consideradas como indicadores de una desintegración familiar” [5]. En América Latina el 54% de las familias, están conformadas solo por un padre (ya sea el padre o la madre), 36% está conformada por los dos padres, y el 10% no tienen padres [6]. Esto demuestra que, a la fecha, la estructura familiar es muy vulnerable a su debilitamiento y desintegración, generando diversos problemas en el desarrollo de los hijos, como la exposición al consumo de drogas.

La desintegración familiar debe de entenderse no necesariamente como la separación y/o el divorcio, sino que es la descomposición de las relaciones entre miembros de una familia, originando conflictos irresueltos y/o mal resueltos en su interior, produciendo la carencia de proyectos comunes entre los integrantes de una familia. la desintegración familiar

muchas veces se da por problemas de drogadicción, religión, violencia, etc. que provocan la separación de una familia y que al separarse, los hijos son en sí los más afectados, más aun si estos son adolescentes ya que en esta edad necesitamos del ejemplo de ambos padres y del apoyo de estos para solucionar nuestros problemas, y también necesitamos que estos nos impulsen y ayuden a realizar nuestros sueños, pero para eso hace falta una adecuada comunicación entre padres e hijos [7].

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas en los Estados Unidos (NIDA), plantea que el consumo de drogas, se relaciona con ambiente familiar inapropiado, paternidad irresponsable, falta de cariño, una actitud agresiva a temprana edad, la falta de supervisión a los hijos por parte de los padres, los antecedentes de drogadicción, la disponibilidad de la droga y la pobreza, lo que pueden suceder dentro del dominio individual, familiar de las amistades en la escuela o en la comunidad [1], asimismo según Contini, los principales factores de riesgo que induce al consumo de alcohol, son aspectos culturales, desintegración familiar, problemas de pareja, migración, falta de control, ausencia de comunicación en la familia, falta de educación integral en los niveles educativos, comunitario- familiar, laboral, deficiencia del sistema educativo, presión del grupo e inadecuada utilización del tiempo libre [9].

Los adolescentes que viven en familias con dos padres biológicos casados son los que menos probabilidades tienen de consumir tabaco, alcohol o ambas sustancias, mientras que los adolescentes que viven en familias reconstituidas que cohabitan muestran niveles excepcionalmente altos de consumo de alcohol, tabaco o ambos [10]. La disponibilidad de las drogas, aunado a la problemática social como la pobreza, la desintegración familiar y las características propias de la adolescencia, entre otros, hacen que se haya producido un aumento en el uso y abuso de sustancias psicoactivas en el mundo [11].

A la fecha el alcoholismo es una enfermedad social incurable de causa multifactorial, que cuya prevalencia va en aumento, tal como señala Oleg Chestnov, ²⁰¹⁵ [12]. Sub Director General para Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental de la OMS, que la media mundial promedio de consumo de alcohol es de 6,1 litros per cápita anuales y los 10 países más consumidores de alcohol del mundo: Moldavia 18,22 litros por persona por año, República Checa 16,45 litros, Hungría 16.2 litros, Rusia 15.76 litros, Ucrania 15.6 litros, Estonia 15.5 litros, Rumania 15.3 litros, Eslovenia 15.19 litros y Bielorrusia 15.13 litros de alcohol por persona por año.

En América Latina, el consumo abusivo de drogas también es un serio problema de salud pública por los mayores niveles de mortalidad y discapacidad que produce respecto al resto del mundo, donde el inicio temprano se asocia a mayor riesgo de dependencia. De todas las drogas psicoactivas, la cocaína es la que va en aumento en países como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, mientras que la marihuana es la de mayor uso con 24%, con menor mortalidad que otras sustancias, pero afecta la salud en especial de los adolescentes cuyos cerebros están aún en desarrollo. Asimismo, 6,6% de la población entre 15 y 64 años ha consumido marihuana en los últimos doce meses, con 81% de consumo del cannabis, los derivados opioides (empleados como analgésicos) y la cocaína, en América del Norte como Estados Unidos, Canadá y México, incluso con fallecimientos debidos a sobredosis. En cuanto a las drogas sintéticas (fármacos), los tranquilizantes y sedantes (benzodiazepinas), los estimulantes tipo anfetamínicos y el éxtasis, son los de mayor prevalencia de consumo en Canadá y Estados Unidos [13].

De manera similar Maristela Monteiro (2015) asesora principal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que en América Latina se viene instalado una cultura de consumo de alcohol y amenaza con convertirse en un auténtico problema de salud pública en la región;

puesto que el consumo media por persona es 8,4 litros de alcohol puro por año, lo que supone 2,2 litros más que el promedio mundial y los países que más consumen son: Chile consumo anual per cápita de 9,6 litros de alcohol puro, Argentina 9,3 litros per cápita, Venezuela 8,9 litros de alcohol per cápita, Paraguay 8,8 litros, Brasil (8,7), Perú (8,1), Panamá (8), entre otros [14]. En el mismo orden Gonzales (2015) indica que el Perú, se encuentra entre las regiones con mayor consumo de alcohol, siendo Junín, Puno y Piura con los de mayor frecuencia de consumo [15].

En Perú, el consumo de drogas tiene connotación nacional, así lo muestra la Encuesta Nacional de prevención y uso de drogas, con el creciente uso de drogas ilegales entre 17 a 30 años, donde 9,9% de jóvenes entre 17 a 19 años y 5,5% entre 20 a 30 años han consumido marihuana, mientras que 4,4% de jóvenes entre 17 a 19 años y 1,9% entre 20 a 30 años han consumido pasta básica de cocaína; asimismo, 6,8% de jóvenes entre 17 a 19 años y 1,8% entre 20 a 30 años han consumido clorhidrato de cocaína, siendo la prevalencia más alta de consumo de drogas la marihuana con 5,8%, seguido de 2,1% para pasta básica de cocaína, 1,8% para los inhalantes y clorhidrato de cocaína y 0,1% para drogas de diseño como el éxtasis. Asimismo, preocupa que la edad de inicio en el consumo de drogas ha disminuido a 13 años en promedio mientras que se ha incrementado el número de consumidores¹⁶.

De acuerdo al reporte de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho – DIRESA¹⁷,
¹⁸. (2013), 11 mil 700 personas tienen problemas de alcoholismo en la provincia de Huamanga, siendo una preocupación por el alarmante aumento. Las provincias con más consumidores de alcohol son Huamanga, Huanta, el Valle del río Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM) por otro lado, el consumo de alcohol se viene incrementando, en la etapa de la adolescencia.

De acuerdo a las averiguaciones con el Sub Director de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, porcentajes significativos de estudiantes tienen familias desintegradas los cuales figuran en sus fichas personales. Por otro lado, en los últimos 05 años existen

antecedentes de intervenciones policiales y del sector salud por consumo de alcohol y otras drogas ilícitas de los estudiantes en diferentes espacios, como bares, centros de diversión nocturna, entre otros.

Todo lo mencionado, nos ha motivado a realizar la presente investigación, planteando la siguiente interrogante: ¿Está relacionado la desintegración familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del quinto año de educación secundaria, de la Institución Educativa Mariscal Cáceres-Ayacucho, 2018? y como objetivo general del estudio Determinar la relación de la desintegración familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del quinto año de Educación Secundaria, Institución Educativa Mariscal Cáceres-Ayacucho, 2018; siendo los objetivos específicos:

-) Identificar la desintegración familiar en los estudiantes del quinto año de educación secundaria, Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018
-) Analizar la situación actual del consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes del quinto año de educación secundaria, Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018.
-) Relacionar la desintegración familiar con el consumo de las sustancias psicoactivas en los estudiantes del quinto año de educación secundaria, Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018

La hipótesis de la investigación responde a la siguiente proposición: La desintegración familiar está relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, en los estudiantes del quinto año de educación secundaria, Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018.

Respecto a la metodología del estudio, el presente responde a un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, utilizándose un diseño no experimental, de corte transversal. La muestra fue censal, compuesta por 578 estudiantes del quinto año de educación secundaria de la Institución educativa Mariscal Cáceres - Ayacucho. La técnica empleada para la recolección de los datos fue la encuesta y a través del instrumento - cuestionario. **Resultados:** Desintegración familiar en los estudiantes del quinto año de educación secundaria, Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018, es 37,1% alto, 34,9% bajo y 28%

regular. Respecto al consumo de sustancias psicoactivas; el 67,8% consumen. Relación de desintegración familiar y consumo de sustancias psicoactivas, evidencia que de 37,1% estudiantes con familia desintegrada el 32,4% consumen, de 28% de familias en proceso de desintegración el 100% de estudiantes consumen alguna sustancia psicoactiva y de 34,9% con desintegración baja el 27,5% no consumen. **Conclusiones:** en la Institución Educativa Mariscal Cáceres: el 65,1% de estuantes de quinto año de educación secundaria viven en un ambiente familiar en desintegración y/o desintegrado; el 67.8% consumen sustancias Psicoactivas. El consumo de sustancias psicoactivas está relacionado significativamente con la desintegración ($p = 0,000$ $p < 0,05$).

El presente estudio consta de los siguientes capítulos: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Revisión de la literatura, Capítulo III: Materiales y Métodos, Capítulo IV: Resultados; Discusiones, Conclusiones, Recomendaciones; Referencias Bibliográficas y Anexo.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA.

2.1. Antecedentes de investigación

Hecha las revisiones de la literatura se encontraron algunos estudios que guardan relación con el tema, tanto en el ámbito internacional, nacional y regional.

A nivel internacional

Chant [19] en su investigación “Desintegración familiar o transición familiar en Guanacaste, 2005”. Estudio se realizado con 176 hombres y mujeres de bajo y mediano ingreso, de diferentes edades en la provincia de Guanacaste, Costa Rica. Siendo una de las principales conclusiones: “algunos estilos en la vida familiar se perciben como posibilitadoras de condiciones más flexibles y equitativas, otras se consideran como debilitadoras de la unidad familiar”, “las preocupaciones sobre la desintegración familiar son particularmente comunes en los hombres adultos, a pesar de que ellos han estado históricamente menos comprometidos en la vida familiar que las mujeres”, y finalmente identifica que las divergencias de puntos de vista pueden estar asociados con los procesos sociales, legales y económicos que han desestabilizado las divisiones tradicionales de trabajo, poder y derechos en los hogares costarricenses”.

Becoña [6] en la investigación “Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos” España 2012. Esta revisión analiza los estudios publicados

en los últimos 30 años sobre la influencia de la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos. En función de los resultados encontrados considera que las familias desorganizadas (caracterizadas por enfermedad mental de los padres, consumo de sustancias de los padres y/o familias no intactas) tienen más probabilidades de tener hijos consumidores de drogas, tanto legales como ilegales. Finalmente, se señala la necesidad de mejorar la conceptualización y evaluación del término desorganización familiar.

Molina [21] en su investigación “Unidad de Prevención y tratamiento de conductas adictivas en la adolescencia, Madrid – España 2013”, refiere que en los últimos años se ha producido una tendencia a la normalización del uso de drogas en la población adolescente; de manera que, aparece un modelo de consumo juvenil como forma de relación social, ocio y realización personal. El consumo en adolescentes no debe ser visto como un rito de transición, sino como un problema de salud pública que está llegando a niveles “epidémicos”. La adolescencia es un periodo de la vida que presenta unas características específicas. Desde el punto de vista psicológico, se trata de una etapa con tendencia a la experimentación y minimización del peligro relacionada con una percepción de capacidad de control aumentada; por lo que, es frecuente la aparición de comportamientos de riesgo, como el consumo de tóxicos. A nivel biológico, es un periodo crítico en el uso de drogas y la posterior aparición de drogodependencias, ya que la zona del cerebro encargada de la toma de decisiones y del control de impulsos no está totalmente desarrollada, por lo que es más sensible a las alteraciones producidas por las drogas.

A nivel Nacional

Sánchez [22] en su trabajo de investigación “Factores condicionantes de alcoholismo en pacientes con tratamiento ambulatorio en el Hospital Hermilio Valdizan, Lima 2007”; siendo el estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte

transversal, en población conformada por los pacientes alcohólicos, la muestra integrada por 45 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Identificó como resultado: principales factores relacionados al consumo (propuesta de sus amigos 39 (86.7%, amigos que consumen con regularidad alcohol 36 (80%, factor familiar 25 (55.6%). Siendo los principales factores si sus padres o tutores han discutido llegando a la agresión física 26 (57.8%), y si ha tenido discusiones con sus padres o tutores terminando en gritos o peleas 30 (66.7%).

Colonio et al [23] en la investigación “Intervención breve en consumo de tabaco, alcohol y marihuana en estudiantes de la Universidad Nacional del Centro” Perú 2015, con objetivo de realizar un diagnóstico de la situación actual acerca del consumo de tabaco, alcohol y marihuana en los estudiantes de la Universidad Nacional del Centro del Perú; y segundo, determinar el efecto de la intervención breve en los niveles de riesgo en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana en los universitarios. Esta fue una investigación cuasi experimental con pre y post test, con muestreo no probabilístico por conveniencia, abordándose a 140 estudiantes de 22 Facultades de la UNCP en el período 2015, divididos en grupo control y grupo experimental, conformados por 70 estudiantes cada grupo respectivamente. El instrumento tipo entrevista Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (**ASSIST**) modificada para tabaco, alcohol y marihuana, fue usado como pre-test y post-test; su validez y confiabilidad se estableció cuantitativamente a través de una prueba piloto y cualitativamente a través del juicio de 5 expertos. Resultados: para el tabaco en el grupo experimental los niveles de riesgo disminuyen significativamente, al reportar un P de 0,04, mientras que en el grupo control no hubo cambios significativos reportando un valor P de 0,146; para el alcohol en el grupo experimental los niveles de riesgo disminuyen significativamente, al reportar un P de 0,04, mientras que en el grupo control no

hubo cambios significativos reportando un valor P de 0,754; finalmente para la marihuana en el grupo experimental los niveles de riesgo disminuyen significativamente, al reportar un P de 0,031, mientras que en el grupo control no hubo cambios significativos reportando un valor P de 1 ,000, con estos resultados concluimos que los niveles de riesgo en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana disminuyen significativamente por efecto de la aplicación de la intervención breve en los estudiantes universitarios.

A Nivel Regional:

Pizarro [24] realizó el estudio “Funcionalidad familiar y su relación con la sexualidad en adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”. Ayacucho 2012. La población constituida por 1600 estudiantes de primero a quinto de educación secundaria. La muestra estuvo integrada por 300 estudiantes. Resultados: el 46.7% de los adolescentes perciben a su familia como disfuncionales, mediante Chi cuadrada se determina que la disfunción familiar está relacionada significativamente con el conocimiento deficiente sobre la sexualidad, autoestima baja, actitud favorable a conducta de riesgo sobre la sexualidad e inicio precoz de la actividad sexual de los adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”.

2.2. Base teórica

2.2.1. La familia.

Para la OMS “la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” [24] Según las ciencias sociales, la familia es un grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. En términos generales, la familia

es el eje fundamental de todo ser humano y por lo tanto de la sociedad. Dentro de ella nos desarrollamos no sólo físicamente sino también, psicológica y emocionalmente. “Es comúnmente definida como el conjunto de personas unidas entre sí por lazos del matrimonio o por parentesco, ya sea éste por consanguinidad o por afinidad que viven bajo un mismo techo y con intereses comunes y con derechos y deberes entre ellos, asistiéndose recíprocamente en el cuidado de sus vidas” [25]

La familia es considerada como uno de los pilares fundamentales de nuestra sociedad, es donde encontramos soporte afectivo y apoyo frente a la adversidad, para desarrollar plenamente nuestras capacidades como personas y donde aprendemos los valores, conductas y roles sociales, pero cuando existe violencia dentro de ella es un problema social que afecta profundamente el proyecto de vida de las personas y repercute el desarrollo de las comunidades y la sociedad.

La familia se concibe como el primer núcleo de formación del individuo, tanto en su personalidad como en el éxito de su aprendizaje, este éxito se da cuando la estructura y el ambiente familiar son adecuados y sanos para una formación positiva. Lo contrario es cuando el adolescente atraviesa por una situación problemática en el entorno de su vida como es la violencia intrafamiliar, esto sin duda cobra influencia en el desarrollo del estudiante y una de sus consecuencias en que se evidencia es en el rendimiento académico, repercutiendo esto en sus aptitudes, actitudes, personalidad y estado físico.

2.2.1.1. Tipología Familiar

Siendo la familia un conjunto de personas integradas, se clasifica: De acuerdo con el número de elementos que la conforman (Nuclear o elemental, extensa o consanguínea y Familia conjunta o multigeneracional) [26]. De acuerdo con la forma de constitución (Monoparental, reconstruida y familias adoptivas) [27]. Según su Desarrollo (Primitiva o Tradicional y moderna) [28]. Finalmente de acuerdo a su integración (integrada, semi-integrada y desintegrada) [29]

2.2.1.2. DESINTEGRACIÓN FAMILIAR

La desintegración familiar es el producto del quebrantamiento de la unidad familiar y/o insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros. En un estudio que realizó en la institución TIPACOM (Talleres Infantiles Proyectado a la Comunidad) ubicada en Lima – Perú, hace referencia a la problemática de la desintegración familiar señalando lo siguiente: “La desintegración familiar debe de entenderse no necesariamente como la separación y/o el divorcio, sino que es la descomposición de las relaciones entre miembros de una familia originando conflictos irresueltos y/o mal resueltos en su interior produciendo la carencia de proyectos comunes entre los integrantes de una familia [30].

También, se puede definir la desintegración familiar como el rompimiento de la unidad familiar, lo que significa que uno o más miembros dejan de desempeñar adecuadamente sus obligaciones o deberes. Lamentablemente existen un gran número de factores para que los padres de familia y la misma familia se desintegren, tal como la migración a la ciudad, los divorcios, las adicciones y los problemas económicos, entre otros factores. [28]

Clasificación. La desintegración puede ser: física o emocional [30].

- **La física:** Es cuando falta uno de los cónyuges, ya sea por causa voluntaria como divorcio, separación, abandono del hogar y causa involuntaria como muerte, guerra, cárcel, enfermedad, etc.

- **La emocional:** Es la relación inter-familiar que se caracteriza por falta de comunicación y comprensión, en donde los cónyuges viven juntos por compromiso, sin apoyo moral y afectivo. Presentando conductas agresivas, infidelidad, peleas

constantes, gritos, no solo entre ellos mismos, sino que en momento determinado hay actitudes hacia los hijos de palabras ofensivas e hirientes, incesto y todo lo referente a la violencia intrafamiliar.

Causas de la desintegración familiar [30]

En cualquier matrimonio, incluso en aquellos que parecen más serenos y equilibrados, hay momentos difíciles en su convivencia, pequeñas crisis que son normales porque el hombre es un ser que crece y madura constantemente y, con frecuencia, el propio crecimiento individual tiende a provocar unos mecanismos de ajuste a veces realizados sin dejar traumas, entre las causas tenemos:

- **El alcoholismo.** - Mal social, es producto de cantidad de elementos que se proyectan sintomáticamente a través de ingerir licor. Contribuye al abandono del hogar, el desempleo, la violencia, la delincuencia, falta de recursos económicos y conduce a la miseria, accidentes, desempleo, vagancia, prostitución, mendicidad, etc.
- **Económicas.** - Cuando la función del padre, se altera produciéndose cambios que se dan como resultado al desamparo o abandono; ocurren períodos críticos durante los cuales la mujer se ve en la apremiante necesidad de brindar ayuda a su familia teniendo que trabajar fuera del hogar, sin importar la explotación o el subempleo.
- **Culturales.** - Por la escasa instrucción que poseen los padres en algunos hogares, dependiendo de su nivel dentro de la sociedad; puede darse origen a la desintegración familiar ya que la capacidad de resolver los problemas se verá limitada por la ignorancia.

- **Familiares.** - La desorganización familiar es consecuencia de la falta de condiciones de la pareja para adaptarse a la vida en común. Esta desorganización familiar puede enmarcarse dentro de la ruptura de la unidad familiar; el divorcio, la drogadicción, separaciones prolongadas, infidelidad, son algunos ejemplos de cómo es quebrantada la estructura familiar, y por lo tanto se dejan de cumplir los deberes y obligaciones que a cada uno compete.

Aspectos que influyen en la desintegración familiar [31]

En algunas estructuras familiares se observan aspectos tales como:

- Pérdida de objetivos comunes, los objetivos se han vuelto personales, la cual pudiera brindar satisfacción a algunos, no a todos sus miembros.
- Distanciamiento físico y psíquico, es común que ambos padres tengan actividades fuera del hogar con objeto de satisfacer las necesidades económicas del hogar. Como consecuencia los niños buscan figuras ajenas a quien brindar sus afectos, provocando con esto la inestabilidad familiar.
- Falta de comunicación, esta condiciona trastornos en la dinámica familiar, ante todo bloquea la relación afectiva y de interacción del grupo. El niño y adolescente se encuentra frustrado en la familia donde no le es posible comentar sus experiencias; generalmente nuevas dentro de sus vivencias y como consecuencia no recibe ninguna orientación; y sí la recibe no es apropiada ni oportuna.

Puede sin embargo existir comunicación, pero no la ideal, sino la que se realiza en un medio agresivo en que los padres se relacionan con sus hijos para reprenderlos, para agredirlos o criticarlos; causándoles de esa forma, sentimientos de inferioridad y alejamiento. En una gran mayoría de casos, los padres se ven

obligados a salir del hogar casi durante todas las horas hábiles, al retornar cansados, poca o ninguna oportunidad tienen de establecer comunicación adecuada con sus hijos. Lamentablemente en muchos hogares se vive como en un “Hotel”, donde sólo se come y se duerme.

- Inmadurez, se deja ver la inmadurez en diferentes grados de sus miembros, que se reflejan en su nivel escolar, laboral y social. Los individuos que se crean en estas familias serán improductivos socialmente hablando. El mensaje de las relaciones fundamentales de la familia, será transmitido a los hijos, quienes percibirán sentimientos de acogimiento o rechaza hacia ellos. El adecuado clima afectivo y una comunicación unificadora y auténtica lo harán receptor de estímulos adecuados y crecerá desarrollando confianza y otras actitudes favorables a su desarrollo.

Tipos de desintegración familiar

Cuando existen diferencias entre la familia, se llega a la desintegración familiar. Los padres a menudo se muestran indiferentes ante los actos del niño, por lo que éste se ve privado de cariño y se le impide establecer identificaciones saludables con las demás personas. El niño no establece con claridad sus objetivos y más fácilmente en el futuro desarrollarán rasgos antisociales. En algunos casos estos niños son tratados violentamente, insultados y son objeto de actos brutales.

En cualquier matrimonio, incluso en aquellos que parecen más serenos y equilibrados, hay momentos difíciles en su convivencia, Pequeñas crisis que son normales porque el hombre es un ser que crece y madura constantemente y, con frecuencia, el propio crecimiento individual tiende a provocar unos mecanismos de ajuste a veces realizados sin dejar traumas. Pero tales crisis son normales y pueden transformarse en positivas. La familia queda más unida si sabe establecer los mecanismos de ajuste. Pero si bien es cierto la mayoría de las

crisis pueden ser superadas, hay algunas que casi fatalmente terminan en ruptura definitiva sin que nadie sea capaz de impedirlo, crisis que debido a causas muy fuertes ninguno de los dos es capaces de controlar, estas causas pueden ser:

- **Hogares de madres solteras**, este es el caso de madres que han sido abandonadas por su compañero de hogar, quien niega la paternidad del niño. Esta situación es más común en jóvenes provenientes también de hogares desintegrados. Se han visto casos en que el niño al nacer es abandonado por la madre en alguna institución. Hoy también se ha visto y escuchado caso de mujeres que no aceptan la posibilidad de convivir con su opuesto; pero sí ven la prioridad al menos de tener un hijo.
- **Hogares de padres divorciados**, el divorcio entre los padres, es para el niño la demostración de un suceso irremediable, el niño puede sentir que es por él que se separan y a la vez se encuentra confuso en cuanto a que posición tomar, reaccionando en algunos casos en una forma agresiva, con reacciones de abandono y hostilidad. Los trastornos que ocasiona el divorcio en el niño son diferentes de acuerdo a la edad y al estado en que se encuentra cuando éste se produce. El niño mayor reacciona con más comprensión, aunque sus actitudes agresivas son más fuertes.
- **Hogares inestables**, esta clase de hogares son todos aquellos que por algunas circunstancias no funcionan; entre algunas posibilidades está el alcoholismo, prostitución, migración, trabajos fuera de la ciudad, ausencia de roles o por diferencias entre sus miembros. La mala relación familiar origina un ambiente artificial en el que la unión llega a ser incompatible y el hogar se deshace

progresivamente. El niño percibe perfectamente esta hostilidad que provoca en él un sentimiento de inseguridad.

- **Hogares de padres fallecidos**, se incluyen los hogares en los que falta la madre, el padre, o ambos, por fallecimiento. La pérdida de un ser querido debido a la muerte, ya sea del padre o de la madre, siempre va seguido de diferentes reacciones. Se ha podido comprobar que las reacciones emocionales de cada niño frente al fallecimiento, dependen del nivel de su desarrollo, de la relación con el fallecido, circunstancias de la muerte y de la forma cómo reacciona la familia.

Funciones de la Familia [32]

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- **Biológica.** - Esta es la primera función que realizan los padres y la más importante porque engrandece la dimensión humana al transformarlos en padres responsables del futuro de nuevas vidas que ellos mismos contribuyeron en engendrar y formar.
- **Socializadora.** - Se refiere a la promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- **Afectiva.** - Es la interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

- Cuidado. - Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades del grupo familiar: materiales, sociales, financieras y de salud.
- Educativa. - La familia es nuestra primera escuela. Allí se aprenderá las lecciones que han de guiarnos a través de la vida: las lecciones de respeto, obediencia, disciplina, dominio propio. También se nos preparará para el cumplimiento de los deberes en el hogar y que los integraremos a la sociedad como futuros ciudadanos.
- Estatus. - Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción. - Provisión de nuevos miembros a la sociedad y desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Importancia de la familia[32]

La familia adquiere valor porque permite el progreso de la sociedad en todas sus dimensiones. Así, por ejemplo: el matrimonio garantiza la procreación; incentiva y asegura el proceso de socialización; por el aspecto económico procura la satisfacción de las necesidades de la misma ya que ésta constituye y garantiza la supervivencia y desarrollo de la sociedad, la educación y la cultura. Siendo la célula básica de la sociedad, la familia es responsable de proteger y guiar a sus miembros, generar y consolidar valores, iniciar y fortalece el proceso de socialización y, formar y desarrollar la personalidad.

La familia y su incidencia en la educación de los hijos [32]

Hay una afirmación que es incuestionable: la familia y la escuela deben marchar juntas en la educación de los niños. Si algún padre cree que su responsabilidad en relación

con la educación de los hijos es únicamente inscribirlos en la escuela, está totalmente equivocado. La responsabilidad educativa de los padres va mucho más allá, pues son un componente del proceso educativo en el que están inmersos sus hijos.

Dentro del seno familiar es donde el niño realiza el aprendizaje y socialización que le permitirán desenvolverse y participar en la sociedad de manera adecuada. La familia es el sitio donde se forja la personalidad del niño y del adolescente. Padres y educadores saben que para comprender al adolescente es indispensable conocer el medio en que se ha formado y principalmente su ambiente familiar. Es imposible disociar el ambiente familiar del rendimiento escolar. La familia constituye el primer lugar en que se produce el desarrollo. En ella el niño realiza el tránsito de lo biológico a lo social, de los reflejos a la inteligencia, de la indiferenciación a la individualidad.

2.2.2. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES

2.2.2.1 Factores de riesgo de consumo y/o protección de sustancias psicoactivas o drogas

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2008) un factor de riesgo es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. A su vez, divide los factores de riesgo en externos e internos; los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía [33].

Define a un factor protector como las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

Factores de riesgo de consumo:

Hawkins, Catalano y Miller [34] que en (1992) reconocen que el conocimiento actual sobre los factores de riesgo del abuso de drogas no ofrece una fórmula de intervención, pero si indican los objetivos de intervención preventiva. De esta manera señalan como factores de riesgo en el abuso de drogas por parte del adolescente, los siguientes:

a. Factores Familiares. - El consumo de alcohol y el uso ilegal de drogas por parte de los padres y hermanos aumenta el riesgo de consumo de alcohol, tabaco y drogas en niños y adolescentes. Los conflictos entre los miembros de la familia son factores más predominantes para el pronóstico de la delincuencia, así como los niños y adolescentes que son criados en hogares que tienen porcentajes altos de conflictos familiares corren más riesgo de incurrir tanto en la delincuencia como en el uso ilegal de drogas.

b. Factores individuales. - Problemas de comportamiento tempranos y/ o persistentes. Cuando más es la variedad, frecuencia y seriedad de comportamientos antisociales en la niñez, las posibilidades de que continúe este comportamiento en su vida adulta, serán mayores. Se ha encontrado que la agresividad en los niños en edades tempranas Como de 5 a 7 años, fue básica para el pronóstico futuro de comportamientos antisociales, inclusive en el uso frecuente de drogas en la

adolescencia y en la vida adulta, así como la delincuencia durante la adolescencia. Asociación con personas que consumen drogas. El uso de drogas por los compañeros es una razón fuerte para pronosticar el uso de sustancias por los jóvenes.

Factores de protección.

Hawkins y colaboradores [34] que en (1992 señalan que se deben fortalecer los medios protectores para con ello inhibir el abuso de drogas a pesar de su exposición al riesgo.

Destacan como factores de protección a:

- a. **Leyes, normas e influencia social.** Dos factores de riesgo en el abuso de drogas que señalan el punto de iniciación al uso de drogas, son las leyes y normas favorables al consumo, así como también, la influencia social al uso de drogas.
- b. **Cambios de normas sociales.** Este esfuerzo incluye a los movimientos de la comunidad antidrogas, campañas informativas y cambios en las políticas. Especialmente la influencia publicitaria contra el uso de drogas, los medios de comunicación y la industria publicitaria han cooperado con un proyecto de publicidad antidroga a nivel nacional para reforzar las actitudes en contra del uso ilegal de drogas.
- c. **Estrategias de resistencia a la influencia social.** La asociación con personas que consumen drogas es la razón más importante a la adicción de drogas en los jóvenes. Para combatir la influencia social a los estudiantes hay que enseñarles a través de instrucción cómo identificar y resistir las influencias para el uso de drogas; en ocasiones hay que prepararlos para combatir las dificultades asociadas y las presiones anticipadas en el proceso para resistir dichas influencias. Muchos de estos

programas también buscan promover las normas y actitudes antidrogas. También se puede incluir el entrenamiento en la solución de problemas y de cómo tomar decisiones para aumentar el control propio, la eficacia propia, las estrategias de adaptación para aliviar la tensión, ansiedad, habilidades interpersonales y habilidades asertivas en general.

- d. **Entorno familiar y consumo de drogas.** El mejor lugar para que los adolescentes aprendan valores positivos acerca de las relaciones y adquieran habilidades para vincularse es el hogar, junto a la familia. La mayoría de estos valores y de estos conocimientos se adquieren en la vida cotidiana, cuando se brinda a los hijos atención, amor incondicional, aliento, apoyo y afecto. Es inevitable que surjan conflictos en todas las familias, aun cuando las relaciones sean óptimas; el conflicto es normal. Sin embargo, se puede resolver cuando se presenta.

Sustancias psicoactivas o drogas.

Según Martínez Ruiz [35] en 2002 sostiene que las sustancias psicoactivas son todas aquellas que tienen un impacto sobre el sistema nervioso central (SNC) y modifican su funcionamiento, es decir que su consumo puede alterar los estados de conciencia, de ánimo, de conducta y de pensamiento, y en consecuencia su relación con el mundo externo.

Según la OMS [36], es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. Ahora, según esta definición no solo la

marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, o heroína son drogas sino también lo son el alcohol, el tabaco, la cafeína y algunos fármacos.

Las drogas son sustancias naturales o sintéticas, médicas o no médicas, legales o ilegales de efecto psicoactivo y cuyo consumo excesivo y/o prolongado determina tolerancia y dependencia, así como diversas afectaciones biológicas, psicológicas, sociales o espirituales.

División de las sustancias psicoactivas:

Las sustancias psicoactivas se dividen en cuatro grupos según los efectos que producen:

Depresores: disminuyen el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central (SNC). El síndrome de abstinencia después del uso prolongado de depresores del SNC puede causar complicaciones, dentro de este grupo se encuentran: - Alcohol – Narcóticos (el opio, la morfina y la heroína) –Inhalables (gasolina, acetona, pegantes).

Estimulantes: sustancias que aumentan la agudeza psicológica y la capacidad física. Utilizadas por deportistas para soportar mejor el esfuerzo, por los estudiantes para permanecer despiertos o personas que usan alcohol o píldoras para dormir, para contrarrestar estos efectos. Los principales estimulantes son: la cocaína, el bazuco, las anfetaminas, la cafeína.

Alucinógenos: sustancias que tienen la capacidad de producir alteraciones en la percepción; la mayor parte de ellas son de origen vegetal. Algunos alucinógenos son: -Los hongos mágicos -El yahé (producto de la mezcla de varias plantas que se encuentra en las selvas

colombianas) LSD (es la abreviatura de “ácido lisérgico” extraído de un hongo de centeno)-
Peyote

Sustancias mixtas: producen efectos combinados, es decir, pueden disminuir o acelerar el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central. Dentro de este grupo encontramos: marihuana Y éxtasis.

Clasificación según las restricciones legales establecidas en cada estado de su consumo y producción:

Drogas legales: son cualquier sustancia que se encuentra legalizada en nuestro país, que introducida en un ser vivo es capaz de modificar una o más funciones del organismo. Entre estas sustancias se encuentran: el tabaco, el alcohol, los medicamentos, la cafeína, la teobromina, la teína, etc.

Drogas ilegales: son cualquier sustancia que se encuentra en nuestro país de una forma ilegal, que su consumo, su compra, su venta y su cultivo o fabricación no está legalizado, que introducida en el ser vivo es capaz de modificar, una o más funciones del organismo. Entre estas sustancias se encuentran: el cannabis y sus derivados, la cocaína, las anfetaminas y sus derivados, las drogas de síntesis, la heroína, el éxtasis líquido (GHB), etc.

Características de algunas sustancias psicoactivas.

Para la caracterización de las sustancias se tendrán en cuenta el origen, la composición y los efectos, como [37] :

- a. **El alcohol.** - El término alcohol hace referencia a una familia de sustancias químicas que se encuentran habitualmente en la naturaleza y que se producen industrialmente para su empleo en anticongelantes, combustibles y algunos procesos industriales. El término alcohol se usa con frecuencia para aludir a bebidas que contienen esta

sustancia; por ejemplo, el vino, la cerveza y los licores. En este caso, el alcohol, etanol, se ha producido mediante un proceso conocido como fermentación. El consumo en exceso de alcohol puede provocar embriaguez y perjudicar a la salud.

El abuso del alcohol es un problema con la bebida que afecta de manera negativa a la vida de las personas. El abuso puede llevar a la dependencia y está relacionado con el deterioro de salud física y mental, la persona podría experimentar uno o más de estos problemas debido al abuso de alcohol:

- No puede cumplir con sus obligaciones en el hogar, en la escuela o en el trabajo.
- Participación en situaciones peligrosas relacionadas con la bebida (p. ej., beber alcohol y conducir).
- Problemas legales (p. ej., ser arrestado por beber alcohol y conducir). Dificultades en las relaciones.
- Se considera abuso en el consumo de alcohol a la ingestión de más de dos vasos por día para los hombres y más de un vaso para las mujeres y adultos mayores. Consumir más de una botella de cerveza de 355 ml, o más de una copa de vino de 141 ml, o 42 ml de licor se consideran una bebida alcohólica.
- Enfermedades por abuso de alcohol. El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.

b. El Tabaco. - El tabaco (*Nicotiana tobacum* L.) es originario de América, cultivándose en la actualidad en casi todos los países del mundo. Aunque se consume sobre todo

en forma de cigarrillos, cigarros o en pipa, también se toma oralmente mascado. En las hojas se encuentran sus principios activos más importantes responsables de su amplio uso, los cuales varían como consecuencia de factores genéticos y de las condiciones climáticas en que se cultiva, así como de los métodos con los que es tratado después de su recolección. En 1978, se identificaron en el tabaco y en el humo del mismo más de 2200 principios activos diferentes.

El humo del cigarrillo posee una compleja composición destacándose entre más de las 4000 sustancias nocivas que lo conforman la nicotina, el alquitrán, monóxido de carbono e irritantes entre otras. Se ha establecido claramente la asociación del consumo de cigarrillo con la producción de cáncer de pulmón, laringe, riñones, vejiga, enfisema, bronquitis crónica, enfermedad cardiovascular, impotencia, demencia y otros procesos pulmonares, siendo causante de la muerte de más de 5 millones de personas en el mundo.

- c. **La Cocaína.** - La cocaína es una fuerte estimulante del sistema nervioso central que interfiere con el proceso de reabsorción de la dopamina, un mensajero químico asociado con el placer y el movimiento. La acumulación de la dopamina resulta en una estimulación continua de las neuronas “receptoras”, lo cual está asociado con la euforia comúnmente reportada por los abusadores de la cocaína.

Los efectos físicos del consumo de la cocaína incluyen la constricción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, y aumento en la temperatura, frecuencia cardíaca y presión arterial. La duración de los efectos eufóricos inmediatos de la cocaína (que incluyen hiperestimulación, claridad mental y disminución de la fatiga) dependen de la forma de administración. Cuanto más rápida sea la absorción, más

intensa será la euforia pero más breve será su duración. La euforia puede durar de 15 a 30 minutos si se inhala la cocaína y de 5 a 10 minutos, si se la fuma.

d. Crack. El término crack (sinónimo de piedra), también conocido como crac, es el nombre vulgar de un derivado de la cocaína; en concreto, del que resulta de la mezcla de base libre de cocaína con una parte variable de bicarbonato de sodio. El crack se consigue mezclando una parte de cocaína en forma de base libre y dos partes de bicarbonato sódico. Tras la evaporación del solvente usado para la homogeneización de la mezcla, se obtiene un producto que ha de ser fumado en dispositivos especiales, ya que sólo la parte que es cocaína en forma de base se evapora mediante el calor, dejando como residuos el bicarbonato de sodio, que no se evapora, y cuya única función es la de aumentar el tamaño y la manejabilidad de la sustancia ya que carece de efectos psicoactivos.

Dado que el crack se fuma, ingresa rápidamente al torrente sanguíneo, produciéndole al individuo una sensación de euforia, pánico, insomnio y la necesidad de repetir la toma de crack. Sus efectos secundarios son similares a los de la cocaína, solamente que el riesgo de padecer alguna complicación es más alto, por las vías de consumo, propensa a producir accidentes cardio y cerebro vascular.

El mayor problema con este derivado de la cocaína es que es altamente adictivo; aunque la adicción que provoca no es física, pero es psicológica y fuerte. Los usuarios de crack describen sus efectos como más intensos, pero de menor duración, lo que implica que su dosificación sea más continua.

e. La Marihuana. - La marihuana es una sustancia psicoactiva elaborada a partir trituración de flores, hojas y tallos secos del cannabis (planta de la que también se obtiene el hachís). El efecto psicoactivo es debido al tetrahidrocannabinol (THC), uno

de los principios activos de la planta. La principal vía de consumo es fumada, lo que permite la absorción rápida por los pulmones y el efecto sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) pocos minutos después. Los efectos buscados de la marihuana, los que se presentan con mayor frecuencia, son la relajación, desinhibición, hilaridad, cambio en la percepción del transcurso del tiempo, descenso del estado de vigilia y alteraciones sensoriales (visuales, auditivas, táctiles). En tanto los efectos no deseados, que se presentan conjuntamente con los anteriores, tienen que ver con diversas reacciones orgánicas (taquicardia, sudoración, aumento de apetito, sequedad de la boca, ojos brillantes y enrojecidos) y dificultades en el ejercicio de funciones complejas (capacidad de concentración, procesos de aprendizaje, coordinación de movimientos y de expresión, memoria inmediata, este último, en algunos casos, buscado).

f. Éxtasis. - Es una droga psicoactiva de origen sintético con propiedades estimulantes y empatógenas de sabor amargo. El éxtasis se particulariza por sus efectos empatógenos, relativos a una sensación subjetiva de apertura emocional e identificación afectiva con el otro. En 1912 la compañía Merck aisló accidentalmente la MDMA (3,4-metilendioximetanfeta-mina). Tiene dos importantes acciones:

- Estimulante: aumentando la energía, despierta sentimientos de amistad, amor, el grupo se siente unido y feliz.
- Alucinógena: produce fantasías que uno cree que son reales, por ejemplo, uno se siente tan fuerte que cree que, si se pone en una autopista, al coche que pase, uno lo va a poder parar con su cuerpo, o, uno cree que es Superman y se tira desde un piso para volar.

g. Ácido Lisérgico o Lsd. - La dietilamida de ácido lisérgico, LSD o LSD-25 es una droga psicodélica semisintética de la familia de la ergolina. Es una de las sustancias psicodélicas más conocidas y potentes. Induce estados alterados de conciencia, comparados en ocasiones con los de la esquizofrenia o la experiencia mística. Es una droga muy poderosa que tiene tres características muy peculiares:

- Se vende en estampitas infantiles. Aunque también existen pastillas o gelatinas, por lo regular viene impregnado en cuadraditos de papel que parecen Sticker o calcomanías para niños con la figura de una fresa, un pingüino, una carita feliz, el fantasma Casper, los Simpson, Superman, o cualquier otro personaje de moda. La droga viene impregnada en la parte trasera de los cuadritos de papel que tienen como medio centímetro de lado. Las planillas suelen traer 100 estampas. El joven sólo necesita lamer la figura por el anverso y una media hora después comienza a tener alucinaciones.
- Produce que el cerebro trabaje en forma invertida. Las luces fuertes se ven débiles y las débiles, fuertes. Los sonidos altos parecen bajos y viceversa. Los colores se pueden oler y los sabores oír. Las cosas suaves se sienten ásperas y las rugosas parecen lisas. De la nada surgen imágenes irreales, a veces agradables y a veces horribles. Sus efectos pueden durar hasta 18 horas y los espejismos se repiten por sí solos, días después. El LSD produce taquicardia, mareos, náuseas, temblores y locura temporal.
- Da una sensación de gran sabiduría. Los consumidores de esta droga dicen que bajo sus efectos pueden filosofar intensamente, comprenden los más impenetrables misterios del universo, razonan con gran inteligencia, pierden la noción del tiempo y eso les permite hacer análisis penetrantes e introspecciones

profundas. Por eso, en la historia ha habido supuestos genios que estimulan a los jóvenes a conocer la gran sabiduría del ácido [38].

- h. Opioides.** - El opio es una resina que se obtiene de los frutos de la adormidera (*Papaver somniferum*); la morfina principal responsable de sus efectos, fue aislada por Sertürner en 1806. Se denomina analgésicos opioides a un grupo de fármacos con gran actividad analgésica, mediada por vías y receptores específicos en el Sistema Nervioso Central (SNC), y que son derivados naturales o semisintéticos del opio, o análogos sintéticos con muchas características farmacológicas comunes, siendo una de ellas la capacidad de generar dependencia ³⁹. Los primeros efectos se dejan notar como cansancio y somnolencia, a medida que crece el efecto se siente hormigueo y picores en todo el cuerpo, se deja de sentir dolor.
- i. La Morfina.** - La morfina es un alcaloide fenantreno del opio, siendo preparado el sulfato por neutralización con ácido sulfúrico. Es una sustancia controlada, opioide agonista utilizada en premeditación, anestesia, analgesia, tratamiento del dolor asociado a la isquemia miocárdica y para la disnea asociada al fracaso ventricular izquierdo agudo y edema pulmonar. Es un polvo blanco, cristalino, inodoro y soluble en agua. La morfina también se usa para paliar la adicción a ciertas drogas como la heroína y la cocaína. La morfina se emplea legalmente con fines medicinales, como analgésico en hospitales para tratar dolencias.
- j. La heroína.**- La heroína es un derivado de la morfina, una droga semisintética, originada a partir de la adormidera, de la que se extrae el opio. El componente activo responsable de los efectos de esta droga es la diacetilmorfina (3,6 - diacetil). Se clasifica dentro de las drogas depresoras del sistema nervioso central, se caracteriza por producir una dependencia psicológica y física intensa a un ritmo muy acelerado

siendo considerada actualmente una de las drogas más adictivas. La heroína, generalmente, se vende en forma de polvo blanco o marrón. En España se conoce popularmente bajo las denominaciones de "caballo", "potro", "jaco", "reina", "dama blanca", "chiva" o "tachones". Los efectos observados cuando se toma heroína. Se pueden dividir en dos grupos - a nivel central y a nivel periférico.

2.3 Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general.

H1. La desintegración familiar está relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas por los estudiantes adolescentes de nivel secundario de la Institución Educativa "Mariscal Cáceres, 2018.

Ho. La desintegración familiar no está relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas por los estudiantes adolescentes de nivel secundario de la Institución Educativa "Mariscal Cáceres, 2018.

2.4. Variables:

Variable Independiente: Desintegración Familiar

-) La comunicación familiar.
-) A poyo familiar. Se refiere a la percepción que tiene el adolescente sobre la ayuda que brinda la familia para solucionar los problemas propios o comunes de la familia, así como la ayuda que él proporciona a los miembros que tienen problemas.
-) Cohesión familiar. Se refiere a la percepción que el adolescente tiene sobre el compartir objetivos, intereses, metas, actividades cotidianas y actividades recreativas entre él y los miembros de su familia.
-) Hostilidad y rechazo. Se refiere al grado de fricción y alejamiento que hay entre los miembros de la familia, que se caracteriza por los bajos niveles de colaboración y entendimiento entre todos sus integrantes.

) Variable Sociodemográfico

Sexo: hombre y mujer

Edad: 12– 19 años.

Variables dependientes. Consumo de sustancias psicoactivas:

- a. No usuario: Sujetos que nunca han consumido drogas ilegales (mariguana, cocaína, inhalables, heroína o alucinógenos), drogas legales (alcohol y tabaco) ni drogas médicas (tranquilizantes, anfetaminas, analgésicos narcóticos o estimulantes), o si han usado éstas últimas, lo han hecho bajo supervisión médica.
- b. Uso experimental: Sujetos que esporádicamente han consumido drogas.
- c. Uso moderado: Sujetos que en forma regular han consumido drogas. Se mide conforme a los índices proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OM S),

CAPITULO III.

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Enfoque de investigación

El enfoque de investigación es cuantitativo debido a que permitió examinar los datos de manera numérica, apoyado por la estadística. Además, también debido a que se recogieron y analizaron datos cuantitativos sobre las variables en estudio.

3.2. Tipo de investigación.

El tipo de investigación fue aplicada, debido a que buscó la aplicación de los conocimientos adquiridos en la investigación básica acordes a la investigación realizada. El nivel de investigación fue Descriptivo – Correlacional debido a que describió la relación de desintegración familiar con el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de 5to, de secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres.

3.3. Diseño de investigación

El diseño de investigación fue no experimental - transversal, prospectivo; debido a que en el proceso no se llevó a cabo la alteración de ninguna de las variables de estudio y solo se buscó describirlas y establecer la relación existente.

3.4. Área de estudio

El presente trabajo de investigación se realizó en la Institución Educativa Mariscal Cáceres de la Ciudad de Ayacucho, específicamente en los ambientes de los salones del 5to año de educación secundaria.

3.5. Población de estudio

La población de estudio, estuvo constituido por todos los estudiantes del quinto año de Educación Secundaria, de la Institución Educativa Mariscal Cáceres-Ayacucho, que asciende un total de 578 estudiantes, correspondiente al año 2018.

Criterios de Inclusión

Ser estudiante matriculado.

Estudiantes que estén en el quinto año de secundaria.

Aceptar voluntariamente ser parte de la investigación

Criterios de Exclusión

No estar matriculado

No pertenecer al quinto año de secundaria.

Mayor a 19 años y menor de 11 años.

3.6. Muestra poblacional

Por la facilidad de acceder a la información y la factibilidad del estudio, se empleó un muestreo censal, que asciende a un total de 578 estudiantes del quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres-Ayacucho del año 2018. Debe precisarse que, si bien el título del estudio corresponde al año 2016, la obtención de la información se realizó a fines del año 2018.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

| Variable | Técnica | Instrumento |
|------------------------------------|----------|--|
| Desintegración familiar | Encuesta | Cuestionario Autoinformado para evaluar desintegración familiar. |
| Consumo de sustancias psicoactivas | Encuesta | Cuestionario de detección de consumo de sustancias psicoactivas (ASSIST) |

La desintegración familiar, se determinó mediante la técnica del cuestionario autoinformado, cuyo instrumento abarca las dimensiones de: la comunicación, el apoyo, la hostilidad y el rechazo, la cohesión familiar. Cada ítem, valora diversos criterios sobre la frecuencia como interactúa la familia y se verifica en la forma siguiente:

Casi nunca

A veces

Con frecuencia

Con mucha frecuencia

Si la condición del entorno es negativa dependiendo de la frecuencia, se asigna el mayor puntaje (05 puntos) y si es positivo o una familia funcional, se asigna el menor puntaje (01 punto). El instrumento consta de 18 reactivos o ítems, cada uno se organiza en la forma siguiente:

La dimensión de hostilidad con 3 reactivos (Incisos a, d, g)

La dimensión de rechazo con 3 reactivos (Incisos i, l, m).

La dimensión de comunicación del hijo con 3 reactivos (b, j, o)

La dimensión de apoyo de los papás con 6 reactivos (k, n, p)

El resultado de evaluación global es:

1. Desintegración familiar bajo (18-36)
2. Desintegración familiar regular (37-54)
3. Desintegración familiar alto (55-72)

El segundo instrumento es la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), consiste en una serie de pruebas que tiene el propósito de identificar si la persona consume o no drogas, frecuencia con qué consume.

3.8. Recolección de datos

Para la recolección de datos en el área de estudio, se realizaron las siguientes actividades:

- Elaboración del instrumento de recolección de datos.
- Antes de administrar el instrumento, se capacitó al personal de apoyo, para el manejo del cuestionario y las instrucciones para la aplicación-selección de los grupos.
- Se aplicó prueba piloto para la validación del instrumento.
- Gestión para la autorización formal del Director de la Institución Educativa Mariscal Cáceres
- Una vez logrado el consentimiento informado se aplicó los instrumentos respectivos.
- El diseño operativo de la encuesta incluyó un Coordinador Central, dos Supervisores y 10 encuestadores. El investigador fue el responsable del control del trabajo de campo y la entrega de materiales y el ejercicio de apoyo logístico.
- Los supervisores vigilaron el trabajo de campo en una zona o delegación específica, además ayudaron a los encuestadores a solucionar problemas.
- Los encuestadores identificaron el grupo asignado y aplicaron el instrumento en el colegio, la duración promedio de aplicación por grupo fue de 20 minutos.
- Posteriormente a la aplicación, los encuestadores verificaron las respuestas, esta revisión fue supervisada por el coordinador central y los supervisores.
- Debe precisarse que la recolección de datos se realizó en a fines del año 2018, mientras el procesamiento de datos y la aprobación del informe final se realizó en el primer semestre del 2019.

3.9. Procesamiento, presentación y análisis de los datos

Se procedió con el ingreso de datos al paquete estadístico SPSS versión 23, en la cual

se elaboró el libro de códigos y la matriz tripartita y finalmente procesada la información, los resultados fueron presentados en cuadros estadísticos simples y compuestos. Para el análisis estadístico de los datos se emplearon como técnica estadística, distribución de frecuencias y porcentaje.

Los datos de las tablas estadísticas fueron analizados e interpretados sobre los valores de frecuencias relativas y absolutas. Asimismo, se determinó que si existe dependencia de las variables mediante el uso de pruebas no paramétricas (Chi Cuadrado), con los cuales se realizó el análisis y las conclusiones y recomendaciones respectivas.

CAPITULO IV
RESULTADO

Tabla N° 01

**Desintegración familiar en los estudiantes del quinto año de educación secundaria,
Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018**

| Desintegración familiar | N° | % |
|-------------------------|-----|-------|
| Bajo | 202 | 34,9 |
| Regular | 162 | 28,0 |
| Alto | 214 | 37,1 |
| Total | 578 | 100,0 |

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de la I. E. "Mariscal Cáceres-Ayacucho, 2018

En la Tabla N° 01 respecto a la desintegración familiar en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2019, muestra que: 37,1% (214) de estudiantes presentan alta desintegración familiar, el 34.9% (202) baja y el 28% (162) regular desintegración familiar.

Tabla N° 02

El consumo de las sustancias psicoactivas en los estudiantes del quinto año de educación secundaria, Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018

| Consumo de sustancias psicoactivas | N | % |
|------------------------------------|-----|-------|
| Si consume | 392 | 67,8 |
| No consume | 186 | 32,2 |
| Total | 578 | 100,0 |

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de la I. E. "Mariscal Cáceres-Ayacucho, 2018

En la Tabla N° 02, se observa que del 100% de los estudiantes de Quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, el 67.8% (392) refiere consumir sustancias psicoactivas, y 32.2% (186) manifiestan no consumir ninguna sustancia psicoactiva.

Tabla N° 03

Relación de la desintegración familiar y consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes del quinto año de educación secundaria, Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018.

| Consumo de sustancias psicoactivas | Desintegración familiar | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|-------|---------|-------|------|-------|-------|--------|
| | Baja | | Regular | | Alta | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Si consume | 43 | 7,4% | 162 | 28,0% | 187 | 32,4% | 392 | 67,8% |
| No consume | 159 | 27,5% | 0 | 0,0% | 27 | 4,7% | 186 | 32,2% |
| Total | 202 | 34,9% | 162 | 28,0% | 214 | 37,1% | 578 | 100,0% |

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de la I. E. "Mariscal Cáceres-Ayacucho, 2018

$$G1 = 2 \quad \chi^2 = 314,809, \quad \chi^2_t = 5.9915; \quad p = 0.000 < 0.05$$

En la Tabla N° 03, al relacionar la desintegración familiar y consumo de drogas psicoactivas en estudiantes de quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2019, se observa que, del 37,1% de estudiantes que presentan desintegración familiar alta, 32,4% consumen sustancias psicoactivas, mientras de 34,9% de estudiantes con desintegración familiar baja, el 27,5% de estudiantes no consume sustancias psicoactiva y finalmente de 28,0% de estudiantes con desintegración familiar regular, el 100% consumen sustancias psicoactiva.

Al someter los resultados a la prueba estadística de χ^2 , se comprueba significativamente que la desintegración familiar está relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas por los estudiantes de quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho ($\chi^2_c = 314,809 > \chi^2_t = 5.9915; \quad p = 0.000 < 0.05$).

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio, tiene como propósito, comprender el impacto de la desintegración familiar, en el consumo de sustancias psicoactivas, en estudiantes del 5to año de educación secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres –Ayacucho.

Con respecto a la desintegración familiar de estudiantes de quinto año de educación Secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018, se identifica 37,1% desintegración familiar alta, el 34.9% baja y 28% desintegración familiar regular (tabla N°1). Este resultado tiene cierta similitud con estudios realizado por:

Trigozo et al [41] en su investigación sobre Factores familiares asociados al consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Simón Bolívar, Iquitos, 2016” donde, 79,4% de estudiantes presentaron disfunción familiar y 20,6% tenían una buena función familiar, concluyendo que el mayor porcentaje de estudiantes se encontraban viviendo en una familia disfuncional,

Pizarro [24] en trabajo sobre “Funcionalidad familiar y su relación con la sexualidad en adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón, Ayacucho 2012” concluye que 46.7% de los adolescentes perciben a su familia como disfuncionales.

Hunt citado por Pèrez y Reinoza [42] en su trabajo de investigación “la familia desagrupada es donde la conducta inapropiada o inmadura del papá o de la mamá inhibe el desarrollo, la personalidad y la capacidad de vincularse de los integrantes de la familia”.

Giraldes [43] en 2009 dijo que la familia monoparental es un modelo cada vez más habitual

en nuestro medio, que está tomando notabilidad no sólo por el crecimiento rápido de su número, sino por la problemática social que conduce.

Así Maita [44] en año 2016 indicó que las tasas de divorcio más altas son de los países europeos, el país que lidera la lista es Bélgica con una tasa del 70%, también esta España con un 61%, luego esta Portugal con 68%, seguido de República Checa con 66% y Hungría con 67%.

En Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) [45] en año 2014 reportó que el total de divorcios inscritos fue de 5 mil 697, mientras que en el departamento de Junín, se registró 304 casos de divorcios con un 5,4% de la población total, ocupando así el quinto lugar en todo el país.

La familia siempre ha sido y es, el principal pilar de la sociedad. Es el lugar donde los miembros nacen, aprenden, se educan y desarrollan. Debe ser el refugio, orgullo y alegría de todos sus miembros. Cuando la familia tiene problemas, alegrías o tristezas, repercute en cada uno de los familiares, sufriendolos o disfrutándolos, debido a su total interrelación.

De acuerdo al análisis comparativo de los resultados obtenidos en esta investigación con las investigaciones citadas, se infiere que la desintegración familiar (por divorcio, separaciones, migración, crianza por abuelos, etc) de estudiantes de quinto año de educación Secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018 es alarmante, debido que más de 65,1% de estudiantes Mariscalinos viven en un ambiente familiar en desintegración y/o desintegrado; similar a otras regiones y países indicados. Esta realidad problemática se da justamente en edades donde exigen necesidades de cariño, protección, dependencia y orientación; y que al contrario, se produce una falta de supervisión de los jóvenes por parte de los adultos. El detrimento psicosocial en el ámbito comunitario, familiar, escolar, déficit para una adecuada integración social; genera un debilitamiento para acatar las normas convencionales, produciendo así el surgimiento de conductas “problemas” como: fracaso escolar, vinculación a grupos desviantes y consumo de sustancias psicoactivas.

Respecto al consumo de sustancias Psicoactivas por los estudiantes de Quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, 2018 (Tabla N°2),

evidencia que 67.8% de estudiantes consumen sustancias psicoactivas, y 32.2% no. Resultados que se aproxima a los estudios realizados por:

Campollo y Guitiérrez [46] en año 2013, describió que Europa es la región del mundo donde se consume más alcohol, ya que cada adolescente consume aproximadamente 150 litros por año. Además los mismos autores argumentaron que entre los adolescentes, el alcohol es la droga favorita. De hecho, los adolescentes usan el alcohol con más ritmo e intensidad que todas las restantes drogas ilícitas juntas.

La Comisión Interamericana de control de abuso de drogas, 2012, que concluye que el consumo excesivo de alcohol, un fenómeno que antes se asociaba con estudiantes secundarios y universitarios de América del Norte, es ahora una práctica común en América Latina y el Caribe. A pesar de que sólo unos pocos países han recogido la información de beber en exceso, los países que reúnen datos sobre consumo excesivo de alcohol indican que entre 30 % y 65% de los estudiantes secundarios que informaron consumo de alcohol durante el último mes [47]

En Perú el Ministerio de Salud (MINSA) [48] en 2013 en cooperación con el Ministerio de Educación (MINEDU) y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) en los años 2002, 2006 y 2009 señalan que hay mayor prevalencia de consumo de drogas legales como el tabaco y alcohol en escolares de educación secundaria. Además, estos consumen también drogas ilegales (marihuana, pasta básica de cocaína (PBC), éxtasis, etc.).

Alarcón [49] en 2012 en INEI resaltó que, en el departamento de Junín, se obtuvo que un 59% del total de adolescentes de colegios nacionales, refirieron haber consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses.

Por el contrario, el resultado y de más fuentes citadas difieren del estudio reportado por Trigozo⁴¹, respecto al consumo de drogas Psicoactivas, en estudiantes del primero al tercer grado de secundaria de la Institución Educativa Simón Bolívar de la ciudad de Iquitos 2016, que concluye que 78,7% de estudiantes no consumieron drogas psicoactivas, 3,6% consumieron o tuvieron uso abusivo de las drogas psicoactivas, 7,1% tuvieron abuso o dependencia hacia las drogas psicoactivas y 10,6% tuvieron uso compulsivo de las drogas psicoactivas.

Un reciente estudio realizado con roedores ha demostrado que el consumo habitual de alcohol en la adolescencia puede alterar el crecimiento y las funciones cerebrales y tener consecuencias y efectos negativos a largo plazo. Otro de los resultados del estudio es que la profunda tolerancia al alcohol que se produce en la pubertad, puede agravarse en la edad adulta [50].

El consumo de drogas psicoactivas, es el uso compulsivo de sustancias que involucran una poderosa interacción entre el cerebro y una serie de determinantes biológicos, psicológicos y sociales del entorno del individuo, que conducen al desarrollo de dependencia. La dependencia, es el uso repetido e indiscriminado de drogas legales e ilegales, cuyos efectos negativos producen cambios persistentes en el funcionamiento del sistema nervioso central, causando aumento en la concentración del neurotransmisor llamado dopamina en una zona específica del cerebro denominado núcleo accumbens, que es probablemente el centro del placer más importante.

Si bien los resultados arribados tienen cierta concordancia con la mayoría de los autores citados, en la que, la evolución del consumo de drogas, es un fenómeno dinámico, condicionado por múltiples factores, cuyo impacto continúa siendo elevado en términos de sufrimiento e incapacitación personal evitables, como de morbilidad, mortalidad, costos sociales, económicos y de salud, que obliga a realizar un seguimiento activo de los patrones de consumo de drogas para poder establecer política contra los efectos perjudiciales de estas sustancias, especialmente en la población adolescente. Asimismo, las drogas están presentes de forma lícita e ilícita formando parte de la cotidianidad juvenil, tanto en los espacios de ocio, bares y discotecas, como en los de convivencia, escuelas, universidades y centros de trabajo, En nuestra región el consumo de drogas se ha convertido en una práctica habitual como una alternativa para evadir los problemas y satisfacer el deseo de prolongar e intensificar momentos agradables y placenteros, durante los cuales desaparece aparentemente la incertidumbre y el desencanto generalizado que los rodea, que con el tiempo modifica la percepción del riesgo en los jóvenes, y peor aún, distorsiona las formas de socialización con los otros, pues si no está bajo los efectos de alguna droga, le resulta difícil relacionarse con los demás. Para muchos jóvenes el consumo de drogas, es: Recreativa o un medio para disfrutar más; Funcional, permite funcionar mejor en las actividades cotidianas; Normal, o un elemento más de la vida juvenil; Relacional, o un recurso que favorece las relaciones sociales; e Inofensiva, o que no tiene riesgos si se las

controla.

En la actualidad, el consumo de sustancias psicoactivas en la Institución educativa Mariscal Cáceres por parte de los adolescentes constituye una amenaza para la salud pública, ya que genera consecuencias negativas a nivel biológico, físico, emocional y psicológico en quien lo consume. Ante esta problemática de creciente tendencia del uso de sustancias psicoactivas y el inicio temprano de esta conducta, es de primordial importancia tomar las medidas preventivas promocionales dentro de esta institución a fin de evitar las secuelas fatales.

Respecto a la relación de la desintegración familiar y consumo de drogas psicoactivas en estudiantes de quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2018 (Tabla N°3), se evidencia que de 37,1% de estudiantes que presentan desintegración familiar alta, el 32,4% consumen sustancias psicoactivas; mientras de 34,9% de estudiantes con desintegración familiar baja, el 27,5% de estudiantes no consume sustancias psicoactiva y de 28,0% de estudiantes con desintegración familiar regular, el 100% consumen sustancias psicoactiva. Los resultado sometido a prueba estadística de χ^2 , se demuestra que existe la desintegración familiar es un factor de riesgo relacionado significativamente relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas por los estudiantes de quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho ($X^2 = 314,809 > X^2_t = 5.9915$; $p = 0.000 < 0.05$). Este resultado tiene cierta concordancia con los resultados arribados por los investigadores:

Wallerstein⁵¹, en su trabajo de investigación demostró que mayor consumo de sustancias psicoactivas se da en los hijos de padres divorciados, separados, o que viven con otras familias; así tenemos que un 25 % de los/as hijos/as de divorciados consumieron drogas y alcohol antes de los 14 años, frente al 9 % del grupo de comparación.

Ávila⁵² en su trabajo de investigación “Prevalencia y factores que influyen en el consumo de alcohol en los adolescentes del Colegio Nacional Cesar Dávila Cuenca. 2010 – 2011. Universidad Cuenca, reporta que de los 263 estudiantes del colegio Cesar Dávila que contestaron esta pregunta 226 indicó haber consumido alcohol, de estos 42 lo hacen por desintegración familiar que corresponde a un 18,5%

Hawkins [53] nombra entre los factores de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas: uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas, divorcio o separación de los padres, problemas de manejo de la familia, bajas expectativas para los niños o para el éxito

Según Petterson [54] sustentan que son factores de riesgo en la familia; una historia familiar de alcoholismo: si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa; problemas de manejo de la familia: estrategias de manejo de la familia inadecuadas, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente incrementa el riesgo de abuso de drogas; uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso: en las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.

Forselledo⁵⁵, categoriza los factores de riesgo en específicos como son: ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto, padres autocráticos, excesivamente rígidos y punitivos, ausencia de la figura paterna, presencia de un padre adicto al alcohol o a las drogas, carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto social, conflictos en la pareja parental, relaciones familiares que estimulan la dependencia, consumo familiar de sustancias; y menos específicos como: padres permisivos o desinteresados, carencias económicas, carencias en los modelos sexuales de identificación, limitada participación de los padres en la formación de los hijos, expectativas muy altas o muy bajas en relación al éxito esperado de los hijos, y desintegración familiar

Según Villarreal [56] en relación al contexto familiar, se constata que la existencia de conflictos en la familia y una pobre interacción entre padres e hijos, una disciplina inconsistente o carencia de disciplina, unas expectativas poco claras del comportamiento de los hijos, un control o supervisión pobres, una aplicación excesiva del castigo, escasas aspiraciones acerca de la educación de los hijos, un clima familiar conflictivo, baja cohesión o vinculación emocional entre la familia, escaso apoyo de los padres predice el consumo de drogas.

De igual manera, la familia puede llegar a influir como un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a esto Muñoz y Graña [57] en el año 2001 definen que en lo que respecta a la estructura y composición familiar: la ausencia de uno de los padres, como el hecho de que uno de los padres se vuelva a casar podría conceptualizarse como factor de riesgo que permitiría predecir el futuro consumo de tóxicos por parte de los hijos.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación ratifica los hallazgos obtenidos y reportados por diferentes investigadores indicados, en que la mayoría de estudiantes que viven en una estructura familiar saludable (con ambos padres) no consumen drogas psicoactivas; mientras que los estudiantes que viven a una estructura familiar no saludable (con un solo padre-madre, separados, divorciados, con segundas nupcias, con ruptura en las relaciones padres-hijos, etc) consumen sustancias psicoactivas; por tanto se demuestra la relación directa entre la desintegración familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres, Ayacucho.

Se presume que los estudiantes que provienen de padres desintegrados no gozan de amor paternal y de límites o reglas de conducta, no tienen la oportunidad de reconocer ni respetar a la autoridad paterna, de ser disciplinados por ambos padres, lo que incrementa la vulnerabilidad significativamente para presentar conductas de riesgo o llegan a tener repercusiones en otros comportamientos individuales de los hijos como es el consumo de sustancias psicoactivas que afecta a su salud física y le origina problemas emocionales dado que se encuentra en etapa de crecimiento y desarrollo; ante ello, es necesario que las autoridades educativas en coordinación estrecha con los padres de familia, tomen la información obtenida en la presente investigación y la utilicen a favor de proponer cambios en el fortalecimiento de la unidad familiar de sus estudiantes.

Una familia se configurará como un factor de riesgo cuando en la misma se promueven actitudes de consumo de drogas legales o ilegales y más aún cuando el consumo se encuentra presente por parte de padres o adultos, cuando hay baja supervisión sobre los adolescentes, cuando la historia familiar promueve conductas antisociales, alta conflictividad intrafamiliar, abuso físico o psíquico, y de bajas expectativas para los niños en lo que se refiere a su desarrollo personal.

Por cuanto el papel de la familia es fundamental para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se requiere una mayor presencia por parte de los padres en el hogar, compartir tiempo de calidad con los hijos y ejercer un mayor control sobre las actividades que realizan los hijos.

CONCLUSIONES

1. El 65,1% de estudiantes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho – 2018, viven en un ambiente familiar en desintegración y/o desintegrado; situación que se da justamente en edades donde hay mayor necesidad de cariño, protección, dependencia y orientación; y que al contrario, se produce una falta de supervisión de los jóvenes por parte de los adultos.
2. El 67.8% de estudiantes de Quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, 2018, consumen sustancias Psicoactivas a diferencia de 32.2% no.
3. Al asociar la desintegración familiar y el consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de quinto año de secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres , se obtuvo que existe asociación estadística significativa entre: desintegración familiar y consumo de drogas psicoactivas ($p = 0,000$ $p < 0,05$); es decir, que de 37,1% de estudiantes que presentan desintegración familiar alta, el 32,4% consumen sustancias psicoactivas; mientras de 34,9% de estudiantes con desintegración familiar baja, el 27,5% de estudiantes no consume sustancias psicoactiva y de 28,0% de estudiantes con desintegración familiar regular, el 100% consumen sustancias psicoactiva.

RECOMENDACIONES

1. La Dirección regional de Educación de Ayacucho:
 - a. Organizar cursos obligatorios para profesores sobre el consumo de drogas psicoactivas y sus consecuencias para la persona, familia y la sociedad.
 - b. Establecer convenios con la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga– Facultad de Ciencias de la Salud, para acciones preventivo promocionales en cuanto temas de salud humana, específicamente sobre las secuelas de la desintegración familiar y consumo de drogas psicoactivas en todas las Instituciones Educativas de la Ciudad de Ayacucho.

2. Al Director de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, organizar curso de escuela de padres y dentro de ello considerar como un tema de fondo “la desintegración familiar, consumo de drogas psicoactivas y sus consecuencias al futuro”.

3. A la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, dentro del trabajo preventivo promocionales incidir en temas “Secuelas de la desintegración familiar y consumo de drogas psicoactivas”.

4. A los Docentes de la Institución Educativa, a que presten mayor atención a cada uno de los estudiantes, de manera que permita identificar a aquellos que ya han iniciado el consumo de sustancias psicoactivas para su tratamiento correspondiente.

5. A los investigadores, continuar con las investigaciones analizando los factores familiares y el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de secundaria, enfatizando en la funcionalidad familiar en otras Instituciones Educativas de la Región de Ayacucho.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

1. LOURO I. et al. “Manual para la intervención en Salud familiar”- 4ta edición. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2002. <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-definicion-de-familia.html>
2. VELLEMAN R. et al. El papel de la familia en la prevención y la intervención con el consumo y el uso indebido de sustancias con especial atención a los jóvenes. [internet] 2005. disponible en: www.americatv.com.pe./consumo-alcohol-menores-puede-iniciarse-11.
3. GILBERT W Y TORRES N. Intento suicida y funcionamiento familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral exp. 2001
4. ALFONSO DE ARMAS M. et al. La evolución demográfica. una mirada desde las teorías transicionales. [internet] Disponible en: www.eltiempo.com/colombia/tasa-de-divorcios-en-el-mundo/14046179.
5. ADOLFI M. Terapia Familiar. 4ta edición. España: Madrid: Editorial Paidos, S.A; 2010.
6. BECOÑA E. et al “Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos Españoles”. Sociedad Científica Española de estudios sobre Alcohol, Alcoholismo y otras Toxicomanías 2012. disponible en: E-mail: <http://www.socidrogalcohol.org/>
7. Laurens Y. Desintegración Familiar. Sucre – Venezuela, 2006
8. INSTITUTO NACIONAL DE ABUSO DE DROGAS. La Ciencia del Abuso y Adicción a las Drogas. Prevención del abuso de drogas entre niños y adolescentes; 2004. Disponible en: www.nida.nih.gov/Prevention/risk.htm.
9. CONTINI N. Pensar la Adolescencia hoy. 1ª ed. Argentina: Edit. Paidos SAICF; 2006.
10. BROWN y RF. Naciones Unidas Conferencia Internacional sobre Población, Ciudad de México. Estudios en Planificación Familiar; 2010. Disponible en: www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/rpmesp2013.v30.n3.pdf
11. MARIÑO M. et al. Juventud y Adicciones. En I. Pérez. Jóvenes [internet] 2000. Disponible en: Web: <http://archivo.elnuevodiario.com.ni/2000/julio/03/julio/2000>.
12. OLEG CHESTNOV, Sub Director General para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS, [Internet] Ginebra, Suiza Informe sobre la situación mundial

- de las enfermedades no transmisibles 2014, [18 de agosto 2016]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf.
13. Organización de Estados Americanos (OEA). El problema de drogas en las Américas. Capítulo 2: Drogas y Salud Pública. ISBN 978-0-8270-6001-2. Washington, EE. UU. 2011.
 14. MARISTELA MONTEIRO asesora principal en abuso de sustancias y alcohol de la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS), [Internet] Ginebra, Suiza. Los países que más beben en América Latina: la dramática radiografía del consumo de alcohol en la región. BBC mundo 2015, [18 de agosto 2016]; Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1813221-los-paises-que-mas-beben-en-america-latina-la-dramatica-radiografia-del-consumo-de-alcohol-en-la-region>
 15. GONZALES TACZA J. La región Junín entre las que más consumen alcohol. 2015, [19 de agosto 2016]; **Diario Correo**. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/junin-esta-entre-las-mas-cheleras-565215>.
 16. Saravia JC, Gutiérrez C, Frech H. Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. Tesis de Maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú. Rev. Perú Epidemiol. Vol. 18 (1): 01; enero-abril. Lima, Perú. 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355003>
 17. Dirección regional de Ayacucho (DIRESA). Aumenta consumo de alcohol en Ayacucho. Junio del 2013/, [19 de agosto 2016]; **Diario Correo**. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/aumenta-consumo-de-alcohol-en-ayacucho-92401/>.
 18. ENDES. Tercer informe nacional de cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio 2013.
 19. CHANT S. et al. “Desintegración familiar” o “transición familiar”? Perspectivas sobre cambio familiar en Guanacaste, Costa Rica. [Tesis de especialidad] Costa Rica. Escuela de Psicología de la universidad de Costa Rica, 2005.
 20. RAMÍREZ, M. La Familia y los Factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes, 2008.
 21. MOLINA R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. Madrid – España [Internet] 2013 [06 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii03/05/205-216%20Consumo.pdf>

22. SÁNCHEZ. Factores condicionantes de alcoholismo en pacientes con tratamiento ambulatorio en el Hospital Hermilio Valdizán, 2007. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Lima: Facultad de Medicina, Escuela Profesional Enfermería. UNMSM.
23. COLONIO ÑAHUI M. Intervención breve en consumo de tabaco, alcohol y marihuana en estudiantes de la Universidad Nacional del Centro del Perú-2015. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Huancayo: Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Centro del Perú, 2015
24. PIZARRO ABAD, M. Funcionalidad familiar y su relación con la sexualidad en adolescentes de la institución educativa “San Ramón” – Ayacucho 2012. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Ayacucho: Facultad de Enfermería de la UNSCH.
25. CASTRO O. VI Encuentro Mundial de las Familias. [internet] México 2008[11 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.salud.es/familias /revis2a.html>
26. LEISTENSCHNEIDER, F. La familia: su estructura y desintegración [internet] 2010. [16 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.libros.com.sv/edicion16/familia.html>
27. EGUILUZ L. Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman S.A; 2009.
28. DE LA CERDA M; RIQUELME, GUZMAN, J. Tipos de Familias de Niños y Adolescentes que acuden al Instituto Nuevo Amanecer A. B. P. **2003**.
29. JARAMILLO G. Derecho de la Familia y el Menor. 3ra edición. México Editorial Heliasta; 2011
30. RÍOS J. Relaciones intrafamiliares. Roles y Funciones. España [Internet] 2004. [11 de julio de 2009]; Disponible en: <http://www.relaciones.intrafamiliares.es/salud/revis2a.html>
31. Diccionario Enciclopédico de Educación. (2005). Editorial Santillana, España
32. MALDONADO G. *Educación Familiar*. Lima: Sevillano;1998
33. Organización panamericana de salud (OMS). Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso de atención primaria. 2013
34. HAWKINS J; CATALANO R y MILLER J. Factores de riesgo y de protección para los problemas de alcohol y otras drogas en la adolescencia y la edad adulta temprana: implicaciones para la prevención del abuso de sustancias. Boletín Psicológico; 1992
35. MARTÍNEZ M. Manual de drogodependencia para enfermería, 2da ed. Madrid, Editorial Díaz de los Santos; 2002

36. Organización Mundial de la Salud OMS). Sustancias Psicoactivas,2011
37. BENÍTEZ R. Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivase en estudiantes Universidad Tecnológica Intercontinental (Utic) - Región Central. Asunción – 2013. [Tesis de doctorado]. Asunción: Facultad de Postgrado de la Universidad Tecnológica Intercontinental; 2014.
38. GARCIA SÁNCHEZ S. Personalidad internalizante y externalizante y efectos subjetivos en una muestra de adolescentes consumidores de cánnabis, 2006.
39. FERNÁNDEZ P. Drogodependencias. 2da edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2009.
40. Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) y Organización Mundial de la Salud (O.M.S). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. 2013.
41. TRIGOZO PARRA, M, ALVAN LOZANO C y SANTILLANA BICERRA K. Factores familiares asociados al consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Simón Bolívar, Iquitos 2016. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Facultad de Enfermería – UNAP. Perú.
42. Pérez Lopresti, A., & Reinoza Dugarte, M. El educador y la familia disfuncional. [Internet] 2004. [11 de julio de 2019]. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35622379009>
43. Giraldes, M. La familia monoparental. [Internet] 2004. [23 de julio de 2019]. Disponible en <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&u>
44. Maita, J. Divorcio de los padres e inteligencia emocional en estudiantes de primer semestre de la Universidad Adventista de Bolivia, 2004. (Internet), [23 de julio de 2019]. Disponible en http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/469/1/Jenny_Tesis_maestría_2016.pdf
45. Instituto Nacional de Estadística e Informática, I. Enfermedades no transmisibles y transmisibles. [Internet] 2014. [11 de julio de 2019]. Disponible en <http://www.pediatriaintegral.es/wpcontent/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
46. Campollo, O., & Gutiérrez, A. Anuario de investigación en adicciones. Universidad de Guadalajara. [Internet]. [22 de agosto de 2019]. Disponible en

http://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario_investigacion_adicciones/Anuarios_PDFs/Anuario13.pdf

47. Organización de los Estados Americanos, Secretaria de Seguridad Multidimensional, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Observatorio Interamericano de Drogas. Informe del Uso de Drogas en Las Américas. 2011 [acceso Agosto 2019]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas_2011_Esp.pdf.
48. MINSA, I Encuesta Nacional de Consumo de Drogas [Internet] 2013. [28 de setiembre de 2019]. Disponible [en http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/I_ENCUESTA_NACIONAL_CONSUMO_DE_DROGAS_INFRACTORES.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/I_ENCUESTA_NACIONAL_CONSUMO_DE_DROGAS_INFRACTORES.pdf)
49. Alarcón, J. Prevención y Consumo de Drogas [Internet] 2012. [28 de setiembre de 2019] en [from http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2014/12/Informe-Ejecutivo-IV-Estudio-Nacional-Prevencion-y-Consumo-de-Drogas-en-Estudiantes-de-Secundaria-2012.pdf](http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2014/12/Informe-Ejecutivo-IV-Estudio-Nacional-Prevencion-y-Consumo-de-Drogas-en-Estudiantes-de-Secundaria-2012.pdf) Alonso, M. (2005). Relaciones familiares y ajuste en la adolescencia. Recuperado de https://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_manuela.pdf
50. Rodríguez I. Castillo I. Torres D. Jiménez Y. Zurita D. Alcoholismo y adolescencia, tendencias actuales [Sede web]. Cuba: Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” [Internet] 2007. [acceso Junio 2019]. Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.com/numero8/art5.pdf>
51. Wallerstein J, Lewis J, Blakeslee S. El inesperado legado de marfil: un estudio histórico de 25 años. [Artículo de revista] Revista de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente. 2002; 41 (3): 359-360.
52. Ávila Vélez e. y Lima Cobos m. prevalencia y factores que influyen en el consumo de alcohol en los adolescentes del colegio nacional Cesar Dávila Cuenca. 2010 – 2011. universidad cuenca.
53. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JL. Factores de riesgo y de protección para el alcohol y otros problemas de drogas en la adolescencia y la adultez temprana: implicaciones para la prevención del abuso de sustancias. Boletín psicológico. 1992; 112: 64-105.
54. Petterson PL, Hawkins JD, Catalano RF. Evaluación de intervenciones integrales de reducción del riesgo de drogas en la comunidad. Diseñar desafíos y recomendaciones. Revisión de evaluación. 1992; 16: 579-602

55. Forselledo A. Consumo de drogas y familia situación y factores de riesgo. Montevideo. 1994 [acceso agosto 2012]. Disponible en: [http://www.iin.oea.org/Cursos a distancia/Lectura%2011 UT 1.pdf](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2011_UT_1.pdf).
56. Villarreal-González ME, Sánchez-Sosa JC, Musitu G, Varela R. El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Psychosocial Intervention*. 2010; 19(3): 253-264
57. Muñoz M, Graña J. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*. 2001;13, (1):87-94.

ANEXOS

ANEXO “A”.
Operacionalización de las variables
Tabla N° 1.

Desintegración familiar en los estudiantes del quinto año de educación secundaria, Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2017

| V. IND. | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | VALOR FINAL |
|-------------------------|--|---|----------------------------|---|--|
| Desintegración familiar | <p>“La familia es el conjunto de personas unidas entre sí por lazos del matrimonio o por parentesco, ya sea éste por consanguinidad o por afinidad que viven bajo un mismo techo y con intereses comunes y con derechos y deberes entre ellos, asistiéndose recíprocamente en el cuidado de sus vidas y su desarrollo.”</p> <p>Desintegración familiar: Es la ruptura de los lazos principales</p> | <p>La desintegración familiar, se determinó mediante la técnica del cuestionario autoinformado, para el efecto se administró un cuestionario con un conjunto de ítems, que abarca las dimensiones de: la comunicación, el apoyo, la hostilidad, el rechazo y la cohesión familiar.</p> <p>Cada ítem, valora diversos criterios sobre la frecuencia como interactúa la familia y se verifica si es:</p> <p style="text-align: center;">Casi nunca A veces Con frecuencia</p> | Comunicación con el hijo | Frecuencia con el que la familia se comunica con el hijo (Malo, Regular y Bueno). | Escala ordinal: Bajo Regular Alto |
| | | | Comunicación de los padres | Frecuencia con el que los padres se comunican entre sí (Malo, Regular y Bueno). | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----------------|---|--|-----------------------------|---|-------------------------------|
| | <p>que unen el núcleo familiar, situación que sin duda cobra influencia en el desarrollo de sus miembros, provocando así el quiebre en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria.</p> <p>Esa responsabilidad lo lleva a cabo a través de la organización de la vida cotidiana, las rutinas, espacio, objetos, tiempos, personas, etc.</p> | <p>Con mucha frecuencia</p> <p>Si la condición del entorno es negativo dependiendo de la frecuencia, se asigna el mayor puntaje y si es positivo o una familia funcional, se asigna el menor puntaje.</p> <p>Con el mismo criterio cada dimensión se valora.</p> | <p>Apoyo de padres,</p> | <p>Frecuencia con el que la familia se brinda apoyo entre si (Malo, Regular y Bueno).</p> | |
| | | | <p>Hostilidad y rechazo</p> | <p>Frecuencia de hostilidad y rechazo que se da al interior de la familia (Alto, Regular y Bajo).</p> | |
| V. DEP. | <p>La sustancias psicoactivas son sustancias naturales o artificiales que altera el</p> | <p>La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Consiste en un cuestionario en versión de</p> | <p>Alcohol</p> | <p>Respuesta afirmativa o negativa.</p> | <p>Escala Nominal: Si</p> |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Consumo de sustancias Psicoactivas | rendimiento físico, la percepción, el estado anímico y la conducta del individuo que la consume. Estas sustancias como drogas legales, como el tabaco o el alcohol, y otras ilegales, como la marihuana, la cocaína, la heroína, etc. | papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos, para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), Alucinógenos. Opiáceos. Otras drogas. Los resultados luego de su aplicación será: Si, No | | | No |
| | | | Tabaco | Respuesta afirmativa o negativa. | Escala Nominal: Si No |
| | | | Marihuana, cocaína, Heroínas, anfetaminas, alucinógenos | Respuesta afirmativa o negativa. | Escala Nominal: Si No |

ANEXO “B”.
FORMATO DE CUESTIONARIO AUTOINFORMADO PARA EVALUAR LA
DESINTEGRACIÓN FAMILIAR

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo: Masculino () Femenino ()
2. Qué edad tiene.....

II. AMBIENTE FAMILIAR.

Esta escala está conformada por 5 áreas de evaluación del ambiente familiar.

En primer lugar, está el área de hostilidad y rechazo con 6 reactivos (incisos a, d, g, i, l, m)

El área de comunicación del hijo con 3 reactivos (b, j, o)

El área de apoyo de los papás con 3 reactivos (k, n, p)

El área de comunicación de los papás con 3 reactivos (c, ñ, q)

El área de apoyo significativo del hijo con 3 reactivos (e, f, h)

Se espera que a mejor ambiente familiar (mejor comunicación y apoyo, y menor hostilidad), se proteja al adolescente del probable consumo de drogas.

Ahora queremos hacerte algunas preguntas sobre la forma como te relacionas con tus papás. Por favor contesta cada una de las preguntas

| ITEMS | Casi Nunca | A Veces | Con Frecuencia | Con Mucha Frecuencia |
|--|-------------------|----------------|-----------------------|-----------------------------|
| 1) Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papas. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3) Mis papás me platican sus problemas más importantes. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4) Mis papás me rechazan. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6) Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos | 4cn | 3 | 2 | 1mf |
| 7) A mis papás les es indiferente la convivencia familiar | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 8) Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9) Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10) Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11) Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12) Mis papás piensan que sólo les doy problemas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) En situaciones difíciles no cuento con mis papás | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14) Mis papás me apoyan en lo que emprendo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15) Mis papás me comunican las decisiones importantes | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16) Platico con mis papás mis problemas personales | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17) Siento que soy importante para mis papás | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18) Mis papás me comunican sus planes | 4 | 3 | 2 | 1 |

Fuente: OPS y OMS. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias⁴⁴.

Evaluación global

- 4. Desintegración familiar bajo (18-36)
- 5. Desintegración familiar regular (37-54)
- 6. Desintegración familiar alto (55-72)

ANEXO “C”

PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST).

Indicadores utilizados para el modelo de consumo de sustancias psicoactivas.

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas que han sido recetadas por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo. Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

ANEXO C-1

A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

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

ANEXO C-2

| PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)? | | Nunca | 1 ó 2 veces | Mensualment | Semanalment | Diariamente o casi |
|---|---|--------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|
| a | Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b | Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c | Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d | Cocaína (coca, crack, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e | Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f | Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g | Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h | Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i | Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j | Otras, especifique:..... | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

Si la respuesta es “Nunca” a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

ANEXO C-3

| PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)? | | Nunca | 1 ó 2 veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|--|---|-------|-------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| a | Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b | Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c | Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d | Cocaína (coca, crack, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e | Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f | Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g | Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h | Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i | Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j | Otras, especifique:..... | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ANEXO C-4

| PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos? | | Nunca | 1 ó 2 veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|--|---|-------|-------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| a | Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b | Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c | Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d | Cocaína (coca, crack, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e | Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f | Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g | Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h | Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i | Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j | Otras, especifique:..... | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

ANEXO C-5

| PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)? | | Nunca | 1 ó 2 veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|---|---|-------|-------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| a | Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| b | Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c | Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d | Cocaína (coca, crack, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e | Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f | Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g | Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h | Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i | Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j | Otras, especifique:..... | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |

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

ANEXO C-6

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

ANEXO C-7

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

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

Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica.

Para cada sustancia (rotulada ‘a’ a la ‘j’) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c.**

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a.**

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas

| | Registrar la puntuación para cada sustancia | No requiere intervención | Recibir intervención breve | Tratamiento más intensivo |
|---|---|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| a | Tabaco | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| b | Alcohol | 0 – 10 | 11 – 26 | 27+ |
| c | Cannabis | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| d | Cocaína | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| e | Estimulantes de tipo anfetamina | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| f | Inhalantes | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| G | Sedantes | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| h | Alucinógenos | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| i | Opiáceos | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |
| j | Otras drogas | 0 – 3 | 4 – 26 | 27+ |

| TARJETA DE RESPUESTAS | Respuestas de frecuencia |
|---|--|
| Respuestas Últimos tres meses (preguntas 2 a 5 del ASSIST) | Frecuencia A lo largo de la vida (preguntas 6 a 8 del ASSIST) |
| <p>Nunca: no se ha consumido en los tres últimos meses.</p> <p>Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses.</p> <p>Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses.</p> <p>Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana.</p> <p>Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana.</p> | <p>No, nunca.</p> <p>Sí, pero no en los últimos tres meses.</p> <p>Sí, en los últimos tres meses.</p> |

| Puntuaciones de consumo de sustancias específicas | | Puntuación | Nivel de riesgo |
|---|---------------------------------|------------|--|
| A | Productos de tabaco | | 0 – 3 4 – 26 27+ Bajo Moderado Alto |
| B | Bebidas alcohólicas | | 0 – 10 11 – 26 27+ Bajo Moderado Alto |
| C | Cannabis | | 0 – 3 4 – 26 27+ Bajo Moderado Alto |
| D | Cocaína | | 0 – 3 4 – 26 27+ Bajo Moderado Alto |
| E | Estimulantes de tipo anfetamina | | 0 – 3 4 – 26 Bajo Moderado |

| | | | | |
|---|----------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| | | | 27+ | Alto |
| F | Inhalantes | | 0 – 3 4 – 26 27+ | Bajo Moderado Alto |
| G | Sedantes o pastillas para dormir | | 0 – 3 4 – 26 27+ | Bajo Moderado Alto |
| H | Alucinógenos | | 0 – 3 4 – 26 27+ | Bajo Moderado Alto |
| I | Opiáceos | | 0 – 3 4 – 26 27+ | Bajo Moderado Alto |
| J | Otras, especifique: | | 0 – 3 4 – 26 27+ | |

| ¿Qué significan sus puntuaciones? | |
|--|--|
| Bajo: | Usted corre un riesgo inferior de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias. |
| Moderado: | Usted corre un riesgo moderado de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias |
| Alto: | Usted corre un riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo y es probable que sea dependiente. |