

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CONSUMO
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA”,
CHIMBOTE, 2018**

PRESENTADO POR:

Bach. ALVAREZ CALDERÓN, Carmen Cecilia

ASESOR:

Dr. Ph.D. PONCE LOZA, Juan Miguel

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**Chimbote – Perú
2018**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y VºB de:

.....
Dr. Ph.D. PONCE LOZA, Juan Miguel

ASESOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



JURADO EVALUADOR

.....
Dra. Serrano Valderrama, Carmen

PRESIDENTE

.....
Mg. Pinto Flores, Irene

SECRETARIA

.....
Dr. Ph.D. Ponce Loza, Juan Miguel

INTEGRANTE

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el
sede de docentes EPE siendo las 19 horas del
día 17 de setiembre, 2018 dando cumplimiento a la Resolución N°
207-2018-UNS-FC se reunió el Jurado Evaluador presidido por Dra. Carmen
Serrano Valdivia, teniendo como miembros a Mg. Juan Pinto
Flous (secretario) (a), y Dr. Juan Miguel Prieto Lopez (integrante),
para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Licenciado en Educación
realizado por el, (la), (los) tesista (as) Carmen Cecilia Alvarez Calderón

....., quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:
"Factores de riesgo relacionados con el consumo de
sustancias psicoactivas en adolescentes de la
Institución Educativa "José Palma Espartero",
Chimbote, 2018".

Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas
por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y
sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como
Satisfactoria asignándole un calificativo de 19 puntos, según
artículo 40° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa, vigente
(Res.471-2002-CU-R-UNS)

Siendo las 20.20 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando
los miembros del Jurado en señal de conformidad

Nombre: Dra. Carmen Serrano V.
Presidente

Nombre: Juan Pinto Flous
Secretario

Nombre: Juan Miguel Prieto Lopez
Integrante

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).



DEDICATORIA

A mis padres Manuel Jesús y Luisa Elvira por su amor, comprensión, trabajo, sacrificios y el apoyo incondicional que me han brindado en toda mi vida. Gracias por estar siempre conmigo durante el transcurso de mi formación académica. Y a pesar de todas las dificultades que se nos han presentado, juntos culminamos con éxito una de mis anheladas metas como el ser profesional.

A mi hermano Jean Pool, por ser parte importante en mi vida. Por ser la fuente de inspiración para el logro de este objetivo. Por el cariño y apoyo que me brindas, y aunque lo hagas a tu manera, es por ello que eres tan especial para mí.

A mi novio Cesar Augusto por su amor, comprensión, apoyo incondicional y por estar siempre a mi lado en los momentos buenos y en los más difíciles de estos años. Por consejos oportunos que supiste darme y enseñarme que se pueden lograr los propósitos en la vida con esfuerzo y dedicación.

AGRADECIMIENTO

Infinitas gracias a Dios, por ser quien ha estado a mi lado en todo momento dándome la fuerza y perseverancia necesaria para seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presentan, permitiéndome llegar al final de mi carrera y continuar como profesional en enfermería.

A mi alma mater la “Universidad Nacional del Santa”, en especial a la Escuela Profesional de Enfermería, que me abrió la puerta a un mejor futuro, brindándome la oportunidad de adquirir conocimientos y experiencias de calidad que me permitieron realizarme como profesional.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, por transmitimos sus conocimientos, enseñanzas, experiencias y valores que fueron guía para nuestra formación académica, personal y profesional.

De igual manera a mi asesor el Dr. Juan Miguel Ponce Loza, que me brindó la orientación necesaria para el desarrollo y la consolidación de la presente investigación.

Un profundo agradecimiento a la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, a los profesores y a los estudiantes adolescentes del tercero, cuarto y quinto grado de secundaria quienes nos brindaron su tiempo y apoyo en la planificación y ejecución de esta investigación.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
1.1 JUSTIFICACIÓN	26
1.2 IMPORTANCIA	29
1.3 OBJETIVOS	31
1.4 HIPÓTESIS	31
II. MARCO TEÓRICO	32
III. MATERIAL Y MÉTODOS	
3.1 MÉTODO DE ESTUDIO	42
3.2 DISEÑO DE ESTUDIO	42
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	42
3.4 VARIABLES DE ESTUDIO	43
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
3.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	50
3.7 TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	50
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 RESULTADOS	51
4.2 DISCUSIÓN	65
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 CONCLUSIONES	81
4.2 RECOMENDACIONES	82
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	90

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.	51
Cuadro 2. Relación entre el factor de riesgo personal y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.	53
Cuadro 3. Relación entre el factor de riesgo psicológico y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.	57
Cuadro 4. Relación entre el factor de riesgo familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.	59
Cuadro 5. Relación entre el factor de riesgo social y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.	63

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiiza”, Chimbote, 2018.	52
Figura 2. Relación entre el factor de riesgo personal edad y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiiza”, Chimbote, 2018.	54
Figura 3. Relación entre el factor de riesgo personal sexo y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiiza”, Chimbote, 2018.	55
Figura 4. Relación entre el factor de riesgo personal antecedente familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiiza”, Chimbote, 2018.	56
Figura 5. Relación entre el factor de riesgo psicológico nivel de autoestima y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiiza”, Chimbote, 2018.	58
Figura 6. Relación entre el factor de riesgo tipo de familia y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiiza”, Chimbote, 2018.	60
Figura 7. Relación entre el factor de riesgo funcionalidad familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiiza”, Chimbote, 2018.	61
Figura 8. Relación entre el factor de riesgo violencia familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiiza”, Chimbote, 2018.	62
Figura 9. Relación entre el factor de riesgo social y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiiza”, Chimbote, 2018.	64

ÍNDICE DE ANEXO

	Pág.
Anexo 1. Documento del consentimiento informado.	91
Anexo 2. Cuestionario factores de riesgo	92
Anexo 3. Cuestionario consumo de sustancias psicoactivas	95

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal, basado en el enfoque de riesgo, tuvo por objetivo conocer los factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018. La población estuvo constituida por 97 adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”; se les aplicó el cuestionario “Factores de riesgo” y el cuestionario “Consumo de sustancias psicoactivas”. A través del análisis estadístico descriptivo e inferencial los resultados obtenidos permitieron concluir que:

- El 95,9% de adolescentes consumen sustancias psicoactivas y el 4,1% no consume.
- En los factores riesgo personal: edad, sexo y antecedente familiar, no guarda relación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.
- En el factor de riesgo psicológico: nivel de autoestima, no guarda relación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.
- En los factores de riesgo familiar: funcionalidad y violencia familiar, si guardan relación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias psicoactivas. Mientras el que el factor tipo de familia no guarda relación.
- El factor de riesgo social: influencia social, si guarda relación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

Palabra Clave: Adolescentes; Sustancias Psicoactivas; Enfermería

ABSTRACT

This research work is quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional, based on the risk approach, aimed to know the risk factors related to the consumption of psychoactive substances in adolescents of the Educational Institution "José Gálvez Egúsquiza ", Chimbote, 2018. The population was constituted by 97 adolescents of secondary education of the Educational Institution " José Gálvez Egúsquiza"; The questionnaire "Risk factors" and the questionnaire "Consumption of psychoactive substances" were applied to them. Through the descriptive and inferential statistical analysis the results obtained allowed us to conclude that:

- 95.9% of adolescents consume psychoactive substances and 4.1% do not consume.
- The personal risk factors: age, sex and family history, there is no statistically significant relationship with the consumption of psychoactive substances in adolescents.
- The psychological risk factor: level of self-esteem, it does not have a statistically significant relationship with the consumption of psychoactive substances in adolescents.
- The family risk factors: functionality and family violence if they have a statistically significant relationship with the consumption of psychoactive substances. While the fact that the family type factor is not related.
- The social risk factor: social influence, if it has a statistically significant relationship with the consumption of psychoactive substances in adolescents.

Keyword: Adolescents; Psychoactive Substances; Nursing

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas siempre ha existido a lo largo de la historia de la humanidad, en todas las culturas desde épocas inmemoriales. El consumo de sustancias psicoactivas se expandió considerablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX, configurando un verdadero fenómeno de masa y un grave problema para la salud pública. El uso se materializa en diferentes etapas y culturas a través del tiempo y espacio de modo que investigarla nos permite conocer el modo como una determinada realidad social es cuestionada en diferentes contextos y momentos históricos (Ramírez & Andrade, 2005).

Durante décadas la sociedad ha prohibido toda una variedad de sustancias psicoactivas, haciendo más seductora para quienes la desean y para quienes quieren conocer por que su limitado acceso en vez de calmar desenfrena; más aún, algunas sustancias son parte de la cultura de la civilización antigua, siendo incluso en la actualidad indispensable en ceremonias protocolares y populares. En tal sentido, existen sustancias como el alcohol y el tabaco clasificadas como legales y la marihuana, cocaína, etc. como sustancias psicoactivas ilegales debido a su grave repercusión en el estado mental y físico de las personas en especial de los adolescentes. Debido a ello, en el ámbito, sanitario a nivel mundial el consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública que tiene un impacto en la salud, la economía, el rendimiento académico y la convivencia familiar y social del individuo consumidor (Espinoza & Hernández, 2015).

Se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015. Aún más inquietante es el hecho de que unos 29,5 millones de esos consumidores, es decir, el

0,6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas. Eso significa que su afición a las drogas es perjudicial hasta el punto de que pueden sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento. La magnitud del daño provocado por el consumo de drogas se hace enfoque en los 28 millones de años de vida “sana” (años de vida ajustados en función de la discapacidad) (AVAD) que, según las estimaciones, en el 2015, en todo el mundo, estos años de vida se perdieron por las muertes prematuras de las personas con trastornos de adicción y la discapacidad de realizar una vida productiva causadas por el uso de drogas. De esos años perdidos, 17 millones pudieron atribuirse únicamente a trastornos relacionados con el consumo de toda clase de drogas. En general, a lo largo del decenio pasado han ido aumentando los AVAD imputables a la morbilidad y la mortalidad derivadas de todas las causas relacionadas con el consumo de drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

Se calcula que 1 de cada 20 adultos entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Aunque considerable, esa cifra –que equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido– no parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial. Sin embargo, dado que se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% viven con el VIH, el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016).

El número de muertes relacionadas con las drogas, que en 2014 se calculó en alrededor de 207.400, es decir, 43,5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, ha permanecido estable en todo el mundo, aunque sigue siendo inaceptable y evitable. Las muertes por sobredosis representan aproximadamente entre un tercio y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas, que en la mayoría de los casos se deben a los opioides. El período inmediatamente posterior a la excarcelación se asocia con un aumento considerable del riesgo de muerte por causas relacionadas con drogas (principalmente por sobredosis), cuya tasa de mortalidad es mucho mayor que la mortalidad por todas las causas en la población general (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016).

Aunque la prevalencia mundial del consumo de sustancias ha permanecido estable, durante las últimas décadas su uso se ha desplazado a una población cada vez más joven en varias regiones del mundo, y se encuentra que, a menor edad, mayor probabilidad de problemas académicos, laborales y, en general, físicos y psicológicos (D'Amico & McCarthy, 2006).

La Oficina de las Naciones Unidad Contra la Droga y el Delito señala que diversos estudios epidemiológicos, reportes estadísticos e informes nacionales sobre el consumo de drogas en población joven del Perú coinciden en que las sustancias capaces de generar dependencia más consumidas por este sector, y las que originan la mayor cantidad de problemas de salud pública, son el alcohol, por el lado de las drogas socialmente aceptadas, y la marihuana, en el rubro de las drogas ilegales. También es importante decir que, si bien las dos sustancias mencionadas llegan a tener los indicadores más altos de consumo, el fenómeno del policonsumo de drogas, o consumo

simultáneo o secuencial de una o más drogas, está llegando a tener notable presencia. Este fenómeno se observa con más nitidez en el consumo de marihuana, alertándose que actualmente existe un proceso de extinción de los consumidores “puros” o “exclusivos” del cannabis (Rojas & Otiniano, 2014).

La adolescencia comprende un período de intensa transformación y descubrimientos que afectan a la salud física, hormonal, cognitivo, social, cultural y emocional. Una fase turbulenta, conflictiva y con problemas, que se corresponde con el período de construcción de la identidad, que está influenciada por la cultura y la sociedad en la que se inserta). (Lepre & Martins, 2008) La adolescencia, por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el marco familiar en que éste se desenvuelve, se considera como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad (Herrera, 2000).

El consumo de sustancias en adolescentes puede ser un problema grave para los jóvenes y sus familias y puede generar enormes costos sociales y económicos, siendo incluso el uso de tabaco, alcohol y drogas ilícitas las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los adolescentes. Debido a la naturaleza severa y generalizada del uso de sustancias por adolescentes, existe una necesidad crítica de continuar la investigación sobre los factores predictivos, patrones y fuerzas protectoras del uso de sustancias en adolescentes (Johnston & Colab, 2005) (Moon & Rao, 2011).

Habiendo detrás de ella una serie de factores que exponen a mayor riesgo al adolescente, que en su inmadurez e inexperiencia. Entre los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes tenemos: Alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros los medios de comunicación, las normas culturales y la religión, así como las políticas gubernamentales. Bajo rendimiento escolar; Agresiones, violencias, alteraciones del orden público (Gongalves & Marques de Oliveira, 2015).

Los factores que han sido denominados por diversos autores como riesgo, Ramírez y Andrade (2005) lo definen: “Son aquellas circunstancias personales y sociales, que relacionadas con las drogas aumentan la probabilidad que un sujeto se inicie en el consumo”.

Los contextos de relación interpersonal han sido señalados como uno de los más importantes antecedentes o influencias del consumo de sustancias psicoactivas. El efecto de modelado que ejercen estos grupos, así como la transmisión de expectativas relacionadas con la ingesta, son factores que hay que tener muy en cuenta al explicar el consumo abusivo en los adolescentes. Además de esto, las percepciones de insatisfacción respecto a los medios socializadores escolar y familiar también han sido señalados como destacados factores etiológicos del consumo de sustancias psicoactivas (Pons & Berjano, 2014)

Ante lo antes descrito se presenta a continuación reportes de investigaciones relacionado con las variables de estudio, en el ámbito Internacional se reportan las siguientes:

En España, Fernández (2010) en su estudio “Factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes” con una población de 1389 adolescente entre 14 y 18 años de edad que estudian en un colegio secundario. Los resultados de esta investigación muestran algunos factores relacionados con el inicio del uso de sustancias y el uso de múltiples drogas. Estos factores principales fueron: edad, satisfacción personal; Estrategias de afrontamiento tales como negación, humor, evitación y uso de sustancias; El contexto recreativo de la vida nocturna, el uso de los compañeros y el riesgo percibido entre el consumo de drogas.

En Colombia, Duque (2012) en su estudio “Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes-jóvenes universitarios en Bogotá-Colombia: magnitud del consumo, factores de riesgo-protección y daños asociados” con una población de 689 estudiantes universitarios entre los 16 y 26 años de edad. Se obtuvo como resultado que la prevalencia de consumo es proporcional a la evidenciada por investigaciones similares, es mayor para sustancias lícitas, la edad de inicio general es 15,9 años, y en promedio de los porcentajes de consumo de vida de las distintas sustancias fue del 22%. Los factores de riesgo asociados significativamente fueron el consumo de padres y pareja para sustancias lícitas y consumo de pares para sustancias ilícitas, y el acceso a las SPA; mientras que la calidad de las relaciones significativas es propuesta como factor de protección. Los participantes reportaron como daños asociados la accidentalidad, deterioro en las relaciones, rupturas, conflicto con la Ley, riñas, relaciones, sexuales no deseadas y deudas.

En México, Cortaza, Villar, & Puig (2012) estudiaron “Consumo de drogas en adolescentes mexicanas” con una población de 152 adolescentes femeninas de diferentes años escolares del bachillerato. Se obtuvo como resultado que su consumo de drogas en la vida fue de un 60,5% con edad de inicio de 14,3 años, el 21,1% consumió en el último mes, el 3,3% hace uso frecuente y el 4% uso. Las drogas más experimentadas fueron el alcohol (52%), el tabaco (28,9%) y la marihuana (7,2%). El 14,6% realizó el primer consumo en su propia casa y en ella el 5,3% uso alcohol el 2,6% uso tabaco, el 2,0% uso alcohol y tabaco, el 1,3% uso alcohol, tabaco y mariguana y el 3,4% cuatro a más drogas ilícitas.

En Colombia, Cuervo (2013) realizó un estudio “Factores de riesgo con el consumo de tabaco en escolares” con una población de escolares del 6 ° a 10 ° grado de un colegio público en la ciudad de Bogotá. Se encontró que el factor de riesgo familiar más relacionado con el consumo temprano de tabaco, es tener padres fumadores con un 40%, seguido por el 26% los conflictos familiares. De los factores de riesgo del medio escolar el factor de mayor relación es ser aceptado por un grupo de amigos con un 58%, seguido por la falta de programas de prevención en el colegio con un 41%, posteriormente el tiempo de ocio con amigos fumadores con un 34% y finalmente sentirse rechazado o ser ignorado por uno o varios compañeros con un 29%. Dentro de los factores de riesgo en la comunidad la población estudiantil manifestó que el factor más importante está relacionado al inicio temprano de consumo de tabaco es asistir a reuniones o fiestas con un 54%, seguido falta de actividades recreativas o de ocio con un 45%. La investigación evidencio que los estudiantes consideran, que ser aceptado por el grupo de amigos es el mayor factor de riesgo para el consumo temprano de tabaco, seguido de asistir a las reuniones o fiestas y que los padres fuman.

En Ecuador, (Loor & Tigua, 2015) estudiaron “Factores que influyen en el consumo de sustancias psicotrópicas en los adolescentes de 13 a 14 años de edad en la réplica del colegio Vicente Rocafuerte, 2014 - 2015” con una población de 100 estudiantes del 8° y 9° año de básica del colegio Republica Vicente Rocafuerte. Se encontró como resultado, que, dentro de los factores socioculturales, los estudiantes opinaron que influyen en el uso de sustancias psicotrópicas el 50% la fácil disponibilidad de drogas y alcohol, seguidos con un 20% el fracaso académico y el pertenecer a un grupo de amigos, y el 5% opina que se debe a la falta de apoyo familiar y a la discriminación. Dentro de los factores familiares los estudiantes opinaron que influyen en el uso de sustancias psicotrópicas el 45% el maltrato y la violencia intrafamiliar, seguidos con un 25% la inadecuada comunicación y la ausencia de manifestaciones afectivas y el 5% opina que se debe a al tener padres alcohólicos y drogadictos. Dentro de los factores individuales que influyen en el uso de sustancias psicotrópicas el 60% opina que se deben a la necesidad de independencia, el 20% opina que se deben a la necesidad de experimentar sensaciones nuevas y el 10% opina que se deben a la baja autoestima y a la falta de control sobre su propia vida. Dentro de los factores psicológicos que influyen en el uso de sustancias psicotrópicas el 70% opina que se deben a la búsqueda de ser el centro de atención, el 25% opinó que se deben a los problemas de indisciplina y el 5% opinó que se debe a la depresión que en momentos presentan por cualquier motivo personal. También podemos observar que los estudiantes emplean como factores protectores para evitar el consumo de sustancias psicotrópicas en un 80% al desarrollo de actividades recreativas (hacer deportes, viajes recreativos con la familia, etc.) y el 20% presenta actitudes positivas más conductas asertivas. Al determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre los efectos que producen el uso de sustancias psicotrópicas, el 70% opinó que desconocen los efectos y el 30% opinó que si lo conocen.

En Guatemala, Silva (2015) en su estudio “Factores por los cuales los adolescentes institucionalizados en el Hogar Fundación Remar son vulnerables a las adicciones de las sustancias que producen dependencia” con una población de 24 estudiantes de 13 y 17 años institucionalizados en dicho hogar que tienen como procesos de medidas de protección por consumo, uso y abuso de sustancias que producen dependencia. Los resultados evidenciaron que son tres los factores de riesgo que predominan significativamente a un mayor riesgo de consumo de drogas y los que sobresalen son los factores indicadores familiares, psicológicos y sociales. En menor cantidad se perfilaron los factores genético y cultural pero no dejan de ser influyentes y existen probabilidades que estos indicadores ocasionen un riesgo en los jóvenes para involucrarse en las adicciones. Otro indicador importante y valioso de conocer de los resultados, es que la mayor cantidad de los adolescentes encuestados, han consumido alcohol. Entre las drogas que comúnmente utilizan están marihuana, “piedra”, solventes, tabaco, cocaína y solvente. De los 24 adolescentes, ocho de ellos, manifestaron que han consumido licor y todas las drogas mencionadas anteriormente.

En el ámbito nacional

En Lima, Gutiérrez, Contreras, Trujillo, Haro, & Ramos-Castillo (2009) estudiaron “Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo” con una población de 5647 estudiantes de 2º, 4º y 5º año de secundaria de Lima Metropolitana y Callao. Se observó que la prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales en estudiantes de secundaria fue de 5,9% (marihuana) y 4,8% (inhalantes). El consumo de marihuana fue más frecuente en hombres (7,6%) que en mujeres (2,71%). El consumo de marihuana e inhalantes fue significativamente más frecuente en quienes no conviven con sus padres, en quienes tienen dos o más

antecedentes de fracaso escolar, en quienes tienen frecuentes problemas de comportamiento en el colegio y en quienes se ‘hacen la vaca’ (ausentismo escolar). El tipo de colegio (público o privado) no se asoció significativamente con el antecedente de consumo de marihuana e inhalantes. Los factores de riesgo hallados para el consumo de marihuana e inhalantes fueron: tener algún problema de comportamiento o disciplina durante los estudios, dos o más antecedentes de fracaso escolar y ‘hacerse la vaca’. Entre los factores de involucramiento familiar, fueron factores protectores: el conocimiento acerca de la ubicación del hijo por parte de los padres luego de la salida del colegio o en los fines de semana, el control de los padres sobre los programas de televisión que mira el estudiante, el comer junto a los padres entre 4 a 7 días a la semana y el informar a sus padres por parte del adolescente sobre el lugar donde sale en las tardes o fines de semana.

En Iquitos, Soller & Rios (2014) estudiaron “Influencia del entorno tabáquico en el inicio de consumo de tabaco por los adolescentes escolares de la ciudad de Iquitos”, en una muestra de 400 adolescentes escolares, hubo una frecuencia de inicio de consumo de tabaco en el 32.8% de los adolescentes escolares encuestados, haciendo una prevalencia de 327.5 por 1000 adolescentes escolares, existe entorno tabáquico para los adolescentes escolares, siendo los amigos, compañeros y padres los de mayor frecuencia. La edad de inicio más precoz fue de 7 años, con un promedio de inicio de 12.1 años, el sexo masculino fue más prevalente en una proporción de 2/1 sobre el sexo femenino; en cuanto a la asociación del entorno tabáquico con el inicio de consumo de tabaco por los adolescentes escolares de Iquitos, se demostró la presencia de padre fumador incrementa 2.8 (RP: 2.8; IC: 1.8 – 4.4), más veces la prevalencia de inicio de consumo de tabaco; la presencia de madre fumadora aumenta 3.9 (RP: 3.9; IC: 1.6 –

9.4) más veces la prevalencia de inicio de consumo de tabaco, la presencia de consumo de tabaco en el hermano 2.9 (RP: 3.8; IC: 2.2 – 6.0); el amigo 4.5 (RP: 4.5; IC: 2.9 – 7.1) y el compañero 3.8 (RP: 3.8; IC: 2.2 – 6.8), que consume tabaco incrementa la prevalencia de inicio de consumo de tabaco por los adolescentes escolares de Iquitos, cabe señalar que los profesores no aumentan el riesgo de prevalencia del inicio de consumo de tabaco por los adolescentes escolares de Iquitos.

En Lima, Paucar & Miranda (2015) investigaron “Factores de riesgo que influyen al consumo de alcohol en los estudiantes del nivel secundario de la I.E. José Faustino Sánchez Carrión”, con una muestra no aleatoria fue conformada por 192 estudiantes. El instrumento que se utilizó fue el Drug Screening Inventory (DUSI-R), para identificar los factores de riesgo al consumo de alcohol. Los resultados muestran que casi el 50% tiene un riesgo de severidad moderada, un 38% severidad baja y solo el 1% tienen ausencia de trastornos. La media de índice de severidad por áreas más elevada es el dominio de problemas de comportamiento (MISA= 4.21), seguido del dominio de desorden psiquiátrico (MISA= 3.81), el dominio sobre relación con los amigos o pares (MISA 3.73) y el dominio tiempo libre y recreación (MISA= 3.65), finalmente el dominio sobre droga y uso de alcohol (MISA= 1.65).

En Lima, Maximiliano-Colqui, (2015) “Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las instituciones educativas estatales, distrito de Ventanilla”, la muestra estuvo constituida por 4095 alumnos del 1° al 5° año de secundaria del distrito de Ventanilla, aplicándose el instrumento (cuestionario), con la finalidad de evaluar el consumo de alcohol. los resultados mostraron que los adolescentes que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, fueron 42,4%, los que han consumido en los

últimos 12 meses fueron 30%, los que consumieron en los últimos 30 días fueron 24%, los adolescentes de sexo masculino que han consumido alguna vez en su vida fueron 45,2%, mientras que en el caso de las mujeres fueron 39,9%.

En el ámbito local se reporta la siguiente investigación relacionado a la investigación:

En Chimbote, Escalante & Zafra (2009) estudiaron “Relación entre el consumo de ciertas sustancias psicoactivas y rendimiento académico de los alumnos del 5to grado de educación secundaria de la I.E. “Fe y Alegría” N° 16” en una población estuvo constituida por 63 estudiantes del quinto año de educación secundaria matriculados en el año 2009. Se obtuvo como resultado que del total de alumnos que no consumen ciertas sustancias psicoactivas, el 29% tienen rendimiento académico excelente, el 54,8% bien y el 16,1% insuficiente. De los que consumen experimentalmente ninguno tuvo rendimiento académico excelente, el 23,5% obtuvo rendimiento académico bueno y el 76,5% obtuvo rendimiento académico insuficiente. Y de los que consumen esporádicamente también ninguno obtuvo rendimiento académico excelente, el 13,3% obtuvo rendimiento académico bueno y el 86,7% obtuvo rendimiento académico insuficiente.

En Chimbote, Granados & Solso, (2012) estudiaron “Factores de riesgo – protección y consumo de drogas en estudiantes de secundaria, Chimbote – 2012” en una población estuvo constituida por 269 estudiantes. Se obtuvo como resultado que un 50.7% se encuentra en no riesgo y bajo riesgo, mientras el 48.3% en un moderado y alto riesgo, así mismo se encontró que el 53.5% de los estudiantes consumen algún tipo de drogas. Así mismo, se encontró relación altamente significativa y moderada entre factores de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de secundaria.

En Chimbote, Castillo (2013) en su estudio “Consumo de alcohol y agresión en adolescentes de una I.E. Nacional de Chimbote – 2013” en una población estuvo constituida por 200 adolescentes estudiantes. Se obtuvieron como resultados que un 52% de los adolescentes han consumido alcohol mientras que el 48% no consumen alcohol y se encontró que un 33,7% de los adolescentes que consumen alcohol muestran un alto nivel de agresión, 47,1% en el nivel moderado y un 19.2% en un nivel bajo de agresión. Así mismo, se encontró relación altamente significativa y moderada entre consumo de alcohol y conducta agresiva en adolescentes de secundaria.

En Nuevo Chimbote, Kise (2014) en su estudio “Determinantes de la salud en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, Villa María – Nuevo Chimbote, 2012.” en una población de 100 adolescentes a quienes se les aplicó un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación, se observó los siguientes resultados: la mayoría de los adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas son de sexo masculino, grado de instrucción secundaria completa, ingreso económico menor de s/.750, trabajo eventual; tiene vivienda multifamiliar y de material noble con servicios básicos; más de la mitad fuman diariamente, menos de la mitad bebe alcohol una vez a la semana, la mayoría duerme de 6 a 8 horas, se bañan diariamente, la mayoría consume pan o cereales diariamente un poco menos que la mitad consume frutas, huevos, pescado diariamente, la mayoría de adolescentes no recibe algún apoyo social natural ni organizado.

En Nuevo Chimbote, Collado (2017) realizó un estudio denominado factores de riesgo sociales relacionado al consumo de drogas ilegales en adolescentes en el Pueblo Joven La Unión, Chimbote, 2016. La población fue de 120 adolescentes, los resultados

obtenidos mostraron que más del 50% de los adolescentes tiene una edad entre 14 a 16 años (55.8%) son masculino (55.8%), el 35.0% tuvo secundaria completa, el 47.5% son de familiar nuclear, el 43.3% tiene una comunicación familiar regular. El 90.0% no fueron maltratados físicamente. El 78.3% no recibieron maltrato psicológico. El 100% no fueron maltratados sexualmente. En la presión social para el consumo el 87.5% no fueron presionados por los familiares. El 69.2% no fueron presionados por los amigos del barrio y el 72.5% no fueron presionados por los amigos del colegio. En la edad de inicio el 31.7% fueron de 14 a 16 años, el 19.2% consumen por curiosidad, el 17.5% consumen en la calle. El 20.0% de adolescentes consumen diariamente. El 59.2% de adolescentes no consumen drogas ilegales y el 41.8% si consumen. Si existe relación estadística significativa entre la edad, sexo, grado de instrucción, estructura familiar, comunicación familiar, maltrato intrafamiliar (físico y psicológico), presión social (familiar, amigos del barrio y del colegio), edad de inicio, motivo, lugar y frecuencia con el consumo de drogas ilegales.

1.1 JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, durante las últimas décadas el consumo de sustancias psicoactivas se ha desplazado a la población cada vez más joven en varias regiones del mundo, teniendo un gran impacto en la salud, el rendimiento académico y la convivencia familiar y social del individuo consumidor (Espinoza & Hernández, 2015). Habiendo detrás de ella una serie de factores que exponen a mayor riesgo al adolescente, que en su inmadurez e inexperiencia

En Perú, Los resultados de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) confirman que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los y las escolares; y si bien la edad promedio de iniciación es 13 años, la edad de inicio más baja de consumo se ubica en los 8 años. Uno de cada cuatro estudiantes, es decir el 25%, que declara haber consumido alcohol alguna vez en su vida se inició en la ingesta de alcohol entre los 8 y los 11 años. Sin embargo, el 50% de los bebedores escolares comenzaron la ingesta cuando tenían entre 12 y 14 años. Por otro lado, del 40.5% (900,000) de escolares encuestados que informan haber probado alguna droga legal, sea alcohol o tabaco, el 23.3% admite que lo hizo en el último año y el 12.3% en el último mes antes de la encuesta. La diferencia de consumo de alcohol según género (varones, 20.6 % y mujeres, 18.7 %) ha llegado a ser mínima; así, por cada 10 varones, hay 9 mujeres que beben alcohol. la prevalencia de año del consumo de alcohol en función del tipo de colegio. Los colegios privados obtienen un porcentaje alto de consumo, 27.4%, respecto de los colegios públicos, 16.7%. Asimismo, el consumo de bebidas alcohólicas se incrementa en función de la edad y el año de estudio de los estudiantes. El entorno familiar, que incluye a padres y hermanos, 19.4%, y otros familiares (primos, tíos, etc.), 17.1%, es el principal ambiente de inicio del consumo de bebidas alcohólicas, 36.5 %, seguido de los amigos del barrio, 24.3%, y los compañeros de estudio, 23.8%. En lo que respecta a la tasa de incidencia anual de alcohol, el estudio determinó que cada año más de 230 000 escolares se inician en el consumo de bebidas alcohólicas (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas , 2013).

Según el IV Estudio Nacional sobre Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria, realizado por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) y el Ministerio de Educación (MINEDU) en el año 2012, la prevalencia de

año del consumo de drogas legales en la región de Ancash se ubica 5.4 puntos porcentuales, por debajo del promedio nacional (23.3%), registrando prevalencia de 17.9%. En el consumo de sustancias ilegales, Ancash registra un promedio de 3.8%, equivalente al promedio nacional (3.8%). Este estudio nacional sobre prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria da cuenta del lugar de procedencia de los y las estudiantes, que han tenido acceso a servicios de orientación en el tema de drogas y del nivel de acceso regional. Analizando por regiones a nivel nacional, se observa que la mayor parte de estudiantes que han tenido acceso a servicios de orientación provienen de Lima Metropolitana (35.4%), a una mayor distancia se encuentra la región de Ancash que registra un 3.7%. En lo que respecta al nivel de acceso a servicios de orientación, en la región de Ancash, el 51.4% de los estudiantes de educación secundaria ha tenido acceso a estos servicios. En general, las diferencias de acceso entre las distintas regiones se pueden explicar por su nivel de urbanización y la magnitud del problema del consumo de drogas en cada una de ellas a servicios de orientación, que incrementa la demanda de orientación en la población escolar. El consumo de drogas ilegales ha crecido en 2.7% en Ancash. Este incrementó es contrario a la disminución del promedio registrado a nivel nacional (-17.4%) (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas , 2013).

A esta realidad problemática no escapan los adolescentes que estudian en la Institución Educativa 88016 “José Gálvez Egúsqiza” ubicado en el A.A.H.H. 2 de mayo, Chimbote, teniendo 52 años al servicio de la comunidad brindando educación de nivel inicial, primaria y secundaria; contando con una jornada laboral completa, docentes para cada asignatura y un auxiliar de disciplina que se encarga del orden dentro de la institución. La población con la que se trabaja son adolescentes y en la actualidad

cuenta con un aproximado de 250 estudiantes de nivel secundario que varía entre los 12 a 18 años de edad, siendo de un nivel socioeconómico medio, bajos y muy bajos, son hijos de familias funcionales como disfuncionales. Lo que motiva a estudiar esta problemática con los alumnos en dicha institución son las referencias de algunos de los trabajadores en el cual refieren que la baja situación económica y la falta de valores en el hogar influyen en el comportamiento en estos adolescentes y por ende al consumo de drogas ilícitas y lícitas. También mediante la interacción con los alumnos y ex alumnos en dicha institución refieren en su mayoría de haber consumido alguna sustancia psicoactiva y que sus amigos también practican el consumo cuando realizan reuniones para así poder divertirse, en las cuales consumen algunas bebidas alcohólicas, o drogas ilegales como la marihuana.

Motivo por el cual formulo la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018?

1.2 IMPORTANCIA

La presente investigación se considera de gran importancia científicamente y tecnológicamente en el área de salud del adolescente porque nos permitirá intervenir en las instituciones educativas para el beneficio de los adolescentes realizando propuestas dirigidas a la creación de métodos, técnicas y estrategias promocionales a corto y/o largo plazo para disminuir el porcentaje de adolescentes adictos al consumo de sustancias psicoactivas ya que estos son nocivas a la salud tanto individual, familiar y comunitaria.

Al profesional de enfermería esta investigación le va a permitir ampliar e incrementar sus conocimientos que le ayudara a realizar la evaluación de la situación problemática y por ende desarrollar una acción participativa mediante la creación de programas educativos contribuyendo a un trabajo integral de prevención y promoción para el adolescente vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas, lo cual favorece el crecimiento de la profesión fortaleciendo su rol en el campo de la salud pública – comunitaria basada en el rigor científico y aumentando el campo de acción para el profesional de enfermería.

Particularmente, en el ámbito local, al poner a disposición de las autoridades una herramienta adicional que brinda información actualizada; este estudio será de gran importancia ya que su resultado permitirá identificar los factores de riesgo que determinan el consumo de sustancias psicoactivas abordando la realidad en la que se encuentran el estudiante adolescente y de esta manera contribuirá directa o indirectamente medidas de acción para disminuir esta problemática social e incentivar a los profesores de las instituciones educativas y a los familiares de los adolescentes sobre la importancia de trabajar con el equipo de salud, ya que juntos impartimos la educación que promueve cambios en los estilos de vida actuales por conductas que favorezcan el logro personal del adolescente.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer los factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

Objetivos Específicos

- Identificar el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.
- Determinar la relación entre el factor de riesgo personal y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.
- Determinar la relación entre el factor de riesgo psicológico y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.
- Determinar la relación entre el factor de riesgo familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.
- Determinar la relación entre el factor de riesgo social y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

1.4 HIPÓTESIS

Algunos de los factores de riesgo personal, psicológico, familiar y social se relacionan significativamente con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el modelo del enfoque de Riesgo el cual conforme a su definición como categoría por la Organización Mundial De La Salud (OMS) es el método clínico-epidemiológico de abordaje del riesgo y la condición de riesgo individual o colectiva, mediante el cual los servicios de salud pública planifican y ejecutan las acciones pertinentes para modificarlos o eliminarlos en las personas, familias y comunidades (Díaz, 2005).

Se han planteado distintas teorías mediante las cuales se ha intentado explicar el consumo de drogas. Estas teorías se han centrado sobre todo en adolescentes por ser el grupo de la población más expuesto al riesgo de las drogas o sustancias psicoactivas debido a varios factores que actúan conjuntamente, como la cantidad de cambios que sufren en dicha etapa, conflictos emocionales, dificultad para adaptarse a estos cambios, influencia progresiva del medio (Becoña, 2000)

El **enfoque de riesgo** es un método que se emplea para medir la necesidad por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran, es un enfoque no igualitario; discrimina a favor de quienes tienen necesidad de atención (ibid).

Riesgo, implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros. El conocimiento del riesgo da una medida de la

necesidad de atención y la integralidad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada. Sin embargo, no conduce a la certeza de que el daño se produzca. Se ha constatado, por ejemplo, que el riesgo de tener un accidente es distinto para individuos y grupos de individuos de una población determinada (Schwarc, 2007).

El enfoque de riesgo asume que, a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o el daño - prevención primaria; modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo o propagación prevención secundaria. La prevención primordial se orienta a promover el desarrollo y las condiciones del mismo y la prevención terciaria se dirige a quienes ya presentan una enfermedad e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, controlar la progresión y evitar mayores complicaciones, así como controlar su propagación (ibid).

Por otro lado, el enfoque de riesgo conduce a la identificación de los factores protectores, entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo, de las conductas conducentes a él, por lo que disminuye la vulnerabilidad y favorecen la resistencia al daño. Es importante destacar que la situación puede ser de alto riesgo en un momento del ciclo vital y dejar de serlo en otro período. Esto se debe a que logros del desarrollo personal como son la adquisición de capacidades biológicas, psicológicas y recursos sociales influirán tanto como las condiciones del entorno de acuerdo al grado en que sean protectoras, peligrosas, incapacitantes, capacitantes. Su interacción con las potencialidades y destrezas personales determinará en buena medida la vulnerabilidad

del individuo o grupo. Por lo tanto, las consecuencias destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación a los procesos de maduración, las condiciones de protección y los recursos personales para efectuar ajustes o integraciones transformadoras de la situación (Suárez & Krauskopf, 2008).

Además, los daños biológicos o psicosociales que un individuo experimente, pueden no hacerse evidentes en el momento mismo de las condiciones de riesgo: situaciones de la niñez afectarán aspectos que se presentan en la fase juvenil o vulnerabilidades sufridas en el período adolescente pueden influir negativamente la fase adulta. Así habrá comportamientos juveniles que en la adultez se traducirán en drogadicción, alcoholismo, delincuencia, (Weinstein, 2012).

El enfoque de riesgo tiene los siguientes componentes: Riesgo, Factor (factor de riesgo o factor protector), Vulnerabilidad y Probabilidad (factor de daño o beneficio) (Schwarc, 2007).

Riesgo, es una medida que refleja la probabilidad que una o más características o factores contribuyan a que se produzca un hecho, daños o incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud. Se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención (Suárez & Krauskopf, 2008).

Factor, es el agente o elemento que contribuye a los accidentes y/o enfermedades. Para aludir a factores positivamente asociados con el riesgo de desarrollo de una enfermedad, pero no suficiente para causarla, se utiliza la expresión “Factor de riesgo”, y cuando no conduce a un daño o enfermedad se denomina “Factor protector” (ibíd.).

Un **factor de riesgo** es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o un grupo de personas que se ve asociada con un incremento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido, en tanto que otros autores los definen como: “Característica o factor que se ha observado con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad. Un factor de riesgo no implica necesariamente una relación de causalidad”. Lo importante de los factores de riesgo es que se pueden observar e identificar antes de que ocurra el hecho (De Almeida Filho, 2009)

La edad, en la adolescencia es una edad crítica para la formación de la persona. En la misma tiene que desarrollarse a nivel físico, emocional, social, académico, etc. La búsqueda de la autonomía e identidad son elementos definidores de la misma. Esto se va a ver favorecido o no por su historia previa, por el apoyo/no apoyo y comprensión de su familia, existencia o no de problemas en la misma, grupo de amigos, etc. Tampoco se debe olvidar que la adolescencia es un largo período de tiempo que luego continuará en la vida adulta. El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar y decidir la persona en función de su medio socio-cultural, familiar, de sus amigos, etc. Debemos ser conscientes de que la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas, a menor edad es más frecuente que consuman drogas ilegales (Becoña, 2000).

El sexo, ha sido considerado un factor de riesgo inclinándose de manera negativa para el sexo masculino, esto debido que hasta hace pocos años, el consumo de bebidas alcohólicas se consideró como característico del sexo masculino; se consideraba que solo las mujeres de niveles socioeconómicos bajos bebían alcohol. De hecho, el

porcentaje de mujeres bebedoras posiblemente fue inferior al de los hombres y posiblemente esto ha influido en el hecho de que la mayoría de las investigaciones acerca de los problemas generados por el abuso del etanol se hayan realizado con sujetos masculinos, generalizando los resultados a la mujer. Sin embargo, durante los últimos años se ha encontrado que las mujeres y los hombres responden de manera diferente a las medicinas y a las drogas (Bríñez, 2001).

La autoestima, construcción de la propia identidad personal: este proceso se basa, entre otras cosas, en la exploración y en la búsqueda de sensaciones nuevas. Tal cuestión, unida a un deficitario cálculo de los riesgos, propio de algunas personas de estas edades, los lleva a embarcarse en comportamientos de riesgo. La respuesta de los adultos a esta situación suele ser la de imponer unos límites más estrechos (Leal, 2004).

El tipo de familia, la estructura familiar es el primer elemento socializador, en cuyo seno se educa y forma al individuo, para que sus miembros sean capaces de desarrollarse y ser personas autónomas, que puedan enfrentarse e integrarse a la vida, El sistema familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de numerosas conductas desadaptativas en los hijos. Los padres, intencionadamente o no, son la fuerza más poderosa en la vida de sus hijos. La influencia de otros contextos sociales (medios de comunicación, grupo de iguales, escuela) pasa normalmente por el tamiz de la familia, que puede tanto amplificar como disminuir sus efectos e influencias, sean estos positivos o negativos. Muy especialmente en el caso de las drogas institucionalizadas, la actitud más o menos crítica de los padres ante ellas, así como sus propias pautas de consumo, pueden desviar o reforzar la fuerza de los medios de comunicación o del grupo de iguales como agentes desencadenantes (Pons & Berjano, 2014).

La funcionalidad familiar actúa como agente primario de socialización, el aprendizaje de la conducta apropiada a cada rol supone una interiorización de la sociedad dentro del individuo, en la socialización familiar las personas se convierten en seres sociales, interiorizan las normas y valores que dan sentido social a las relaciones y se forman una idea de lo que son y del mundo que les rodea (Gracia & Musitu, 2001). Las estrategias y mecanismos que los padres utilizan para transmitir los contenidos de la socialización y regular la conducta de los hijos influyen notablemente en el desarrollo psicológico y social de éstos (Lila, Van Acken, Musitu, & Buelga, 2006) (Pons & Buelga, 2011).

Las prácticas educativas parentales fundamentadas en la facilidad para establecer comunicación y en la expresión de afecto, apoyo y comprensión, juegan un papel decisivo en el ajuste socioemocional del hijo y en el desarrollo positivo de su autoestima (Cava, Murgui, & Musitu, 2008).

El hijo se siente, de esta manera, aceptado, valorado y seguro en su familia, percepciones éstas que le acompañarán en el desarrollo de sus propias relaciones sociales con el grupo de iguales, al llegar a la adolescencia, las capacidades de ajuste del adolescente se encuentran fuertemente mediatizadas por los recursos familiares de índole psicológica y social, generalmente ya presentes desde la infancia y persistentes en la adolescencia. Los recursos familiares de protección, respecto a las conductas de riesgo, giran en torno a la cohesión y flexibilidad familiar, el estilo de socialización afectivo, el control parental y la comunicación positiva y abierta entre los padres y entre padres e hijos (Pons & Buelga, 2011).

La violencia familiar, la exposición constante de los jóvenes a la violencia familiar desde temprana edad tiene alcances devastadores en el desarrollo – cognitivo, afectivo y de relación – haciéndolos susceptibles a presentar síntomas que van desde dolores de cabeza o estómago, problemas de sueño, estrés y angustia hasta estados depresivos, psicóticos, presentando bajo rendimiento escolar, teniendo problemas de conducta y adicciones. Además de las consecuencias directas, varios estudios encuentran que los hijos repiten los patrones de violencia vividos en sus hogares. Algunos estudios han dado cuenta de que los padres que abusan del alcohol o drogas son violentos con sus hijos. Quizás, la conducta aprendida en casa, hace más propensos a los adolescentes a repetir el comportamiento de beber alcohol o drogarse (Suarez & Menkes, 2006).

Influencia social, en la esfera social, la adolescencia supone una fase de desarrollo donde el individuo configura su identidad frente al grupo de pares, lo cual lo puede llevar a adoptar modelos de comportamiento arriesgados, lo que incluye el consumo de drogas lícitas e ilícitas. El proceso de socialización configura la conducta mediante el aprendizaje social y determina la forma de actuar. El proceso comienza durante los primeros momentos de la vida y a veces intervienen en él factores como las actitudes distorsionadas y conducta inapropiada de los padres y otros familiares que refuerzan normas de conducta (Saravia, Gutiérrez, & Frech, 2014).

La influencia de los amigos para el consumo de bebidas alcohólicas es un factor social importante. Beber en compañía entre pares o iguales es gratificante por lo que el consumo puede caracterizarse como social, es decir, como una forma de estabilizar las relaciones sociales, lograr el reconocimiento social, ajustarse a las normas ocultas del grupo, aumentar las interacciones y hacer que se perciban como más populares.

Otra influencia son los medios de comunicación a través de la publicidad que fomenta la necesidad de consumir hasta tal punto que el consumo se ha convertido en un estilo de vida y en símbolo de poder. Las empresas gastan grandes cantidades de dinero en publicidad para persuadir al consumo de sus productos. Se ofertan productos como sinónimos de estilos gratificantes de vida y portadores de valores como vida, salud, amistad, diversión, placer, sexo, comodidad, juventud, alegría, naturaleza y otros (Pesantes, 2010)

La **vulnerabilidad**, es la medida de la susceptibilidad o predisposición intrínseca o extrínseca de una persona o un grupo a sufrir un daño a su salud y tener dificultad para recuperarse de ello; siendo las mujeres y los niños el grupo más vulnerable, dependiendo de las condiciones socioeconómicas por las cuales atraviesan. Para efecto de la presente investigación se considera al adolescente (Díaz, 2005).

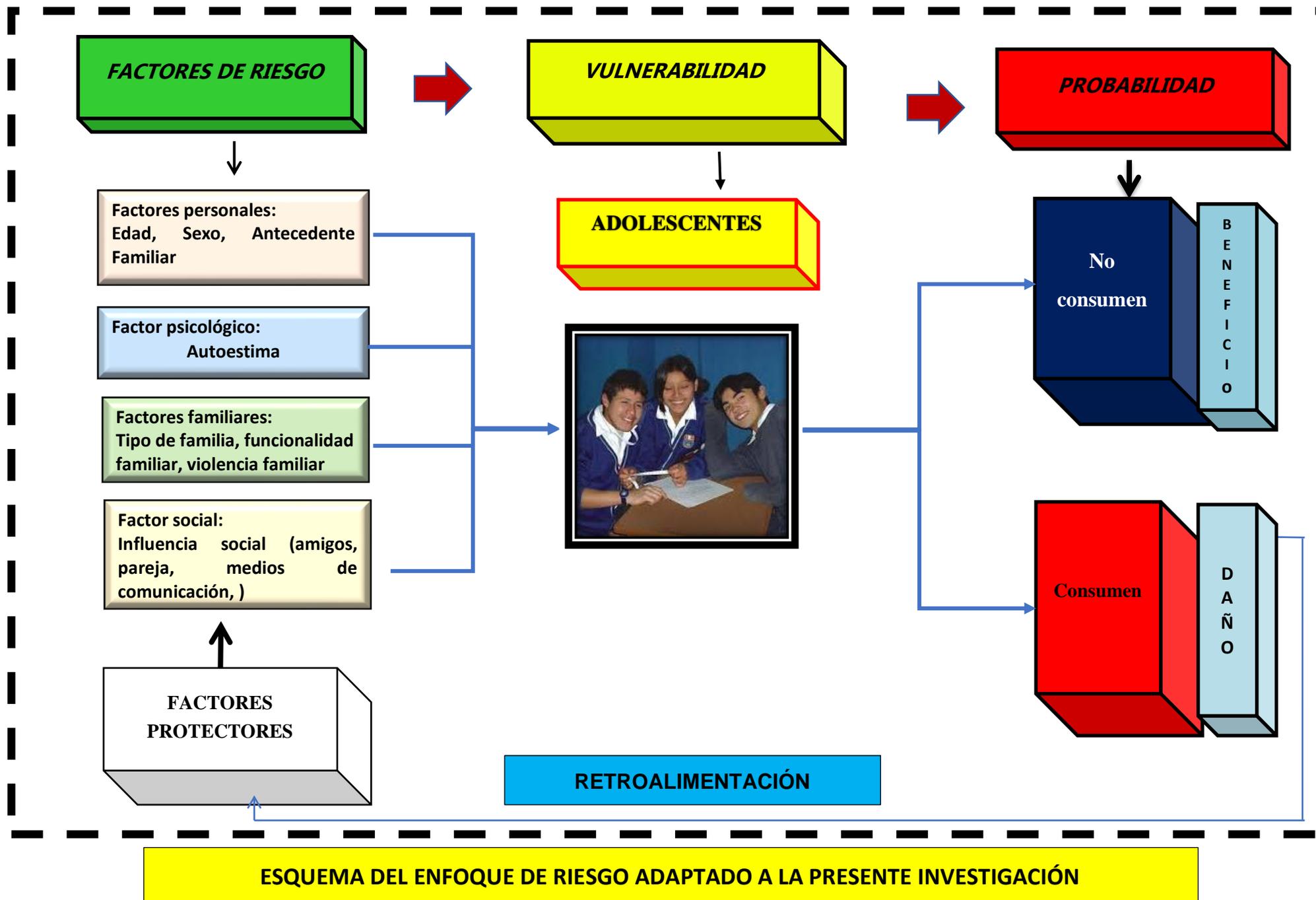
Son múltiples las razones por las cuales los jóvenes son vulnerables al consumo excesivo de sustancias psicoactivas. Esta alta vulnerabilidad, es producto de un conjunto de riesgos que surgen debido al proceso de desarrollo y a los cambios particulares que ocurren en esta etapa en la esfera neurológica, cognitiva y social (Collado, 2017).

Probabilidad, es el componente resultado del enfoque de riesgo que se expresa en daño o beneficio (Díaz, 2005).

Daño, es el resultado, afección o situación no deseada en función de la cual se mide el riesgo. La prevención del daño centra su atención en reducir la vulnerabilidad e identificar los factores de mayor riesgo y evaluarlos. En tal sentido la probabilidad de daño para efecto de nuestra investigación lo constituye el riesgo de que el adolescente consuma drogas ilegales o sustancias psicoactivas de manera frecuente. Para evitar el

daño tendríamos que conocer los diversos factores de riesgo de los adolescentes (Collado, 2017).

Beneficio está relacionado a características o factores que actúan como protectores. La probabilidad de beneficio para efectos de la investigación lo constituye el estado de salud del adolescente en el no consumo de drogas ilegales (ibíd.).



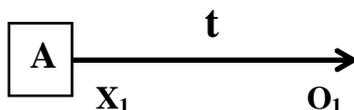
III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 MÉTODO DE ESTUDIO

El tipo de investigación fue básica, porque estuvo orientada a aportar nuevos conocimientos científicos; fue de enfoque cuantitativo, porque permitió examinar los datos de manera científica, aplicando el método científico, ha sido riguroso, dicho enfoque se postula, que es la única forma de alcanzar la verdad o descubrir nuevos conocimientos científicos (Ñaupas, Mejía, Novoa, & Villagomez, 2013).

3.2 DISEÑO DE ESTUDIO

Descriptivo correlacional, porque determino la relación entre los factores de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”. De corte transversal por que obtuvo la información en un solo momento.



A : Adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”

O₁ : Factores de riesgo

X₁ : Consumo de sustancias psicoactivas

t : Año 2018.

3.3 POBLACIÓN MUESTRAL

Estará conformado por 97 adolescentes del 3ero, 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”.

- **Unidad de análisis:**

Adolescente del 3ero, 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”

- **Marco muestral:** Estuvo constituido por el registro de adolescentes del 3ero, 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”.
- **Criterios de inclusión:**
 - Adolescentes de ambos sexos
 - Adolescentes matriculados en la institución
 - Adolescentes que acepten voluntariamente participar en el estudio

3.4 VARIABLES DE ESTUDIO

A. VARIABLE 1:

FACTORES DE RIESGO

Definición Conceptual:

Es cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que aumente su probabilidad de consumir sustancias psicoactivas. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Definición operacional: Se consideran los siguientes factores: factores de riesgo personales, factor psicológico, factores familiares, factor social:

❖ **FACTORES PERSONALES:**

○ **Edad**

Definición Conceptual: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. (Oxford dictionaries, 2018)

Definición operacional: Se categorizó según la OMS en escala Ordinal:

- Adolescencia temprana: 10 – 14 años
- Adolescencia media: 15- 16 años

- Adolescencia tardía: 17- 19 años

- **Sexo**

- Definición Conceptual:**

- Conjunto de características biológicas (anatómicas fisiológicas) que distinguen a los seres humanos en dos grupos (Monroy, 2003).

- Definición operacional:** Se categorizó en escala Nominal

- Masculino

- Femenino

- **Antecedentes familiares de consumo de sustancia psicoactivas**

- Definición Conceptual:**

- Personas que viven en casa que consumen o han consumido sustancias psicoactivas.

- Definición operacional:** Se categorizó en escala Nominal

- Con antecedentes familiares

- Sin antecedentes familiares

- ❖ **FACTOR PSICOLOGICO:**

- **Nivel de autoestima:**

- Definición conceptual**

- Es la opinión propia del adolescente que permite expresar un sentimiento de autovaloración, que se manifiesta con una actitud positiva o negativa (alta o baja autoestima) respecto a las capacidades, sentimientos y necesidades de cada individuo. (Cataño, Restrepo, & Portilla, 2008)

Definición operacional: Se categorizó según escala de la autoestima de Rosemberg en escala Ordinal:

- Autoestima Alta: 30 a 40 pts.
- Autoestima Media: 26 a 29 pts.
- Autoestima Baja 10 a 25 pts.

❖ FACTORES FAMILIARES

○ Tipo de familia

Definición conceptual

Grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo (Biblioteca del congreso nacional de Chile, 2016).

Definición operacional: Se categorizó según escala de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria en escala nominal:

- Familia nuclear (Padre, madre y hermanos)
- Familia monoparental (uno de los padres y hermanos)
- Familia reconstituida (padre o madre y madrastra o padrastro)
- Familia extensa (tíos, abuelos, padres y hermanos)

○ Funcionalidad Familiar:

Definición conceptual

Es la interacción dinámica y sistémica de dos dimensiones principales de la vida familiar: cohesión y adaptabilidad familiar. Es la capacidad de la familia para enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las

expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos (Polaino-Lorente & Martínez, 2003)

Definición operacional: Se categorizó según escala de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria en escala nominal:

- Buena funcionalidad familiar: 18 a 20 pts.
- Disfuncionalidad familiar Leve: 14 a 17 pts.
- Disfuncionalidad familiar Moderado: 10 a 13 pts.
- Disfuncionalidad familiar Severo: 9 o menos pts.

○ **Violencia Familiar:**

Definición conceptual

Son todos los actos de agresión que se producen en el seno de un hogar, es decir, la violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno o contra todos ellos (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016).

Definición operacional:

Se operacionalizó según escala nominal, de la siguiente manera:

- Violentado
- No Violentado

❖ **FACTOR SOCIAL**

○ **Influencia Social Para El Consumo**

Definición conceptual

Influencia de personas o medios para el consumo de sustancias psicoactivas.

Definición operacional: Se operacionalizó según escala nominal, de la siguiente manera:

- Padres
- Otros familiares: tíos, hermanos, abuelos
- Amigos
- Pareja
- Medios de comunicación

B. VARIABLE 2:

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Definición Conceptual:

Es la autoadministración de una sustancia química que ejerce sus efectos principales en el sistema nervioso central y que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo siendo entre ellas drogas legales (alcohol, tabaco) e ilegales (Marihuana, Pasta básica de cocaína, etc.) (Organización Mundial De La Salud, 2004).

Definición operacional: De acuerdo a la escala nominal se categorizó de la siguiente manera.

- **Consume:** Personas que consume sustancias psicoactivas por lo menos una vez al mes.
- **No Consume:** Personas que reportaron no consumir alguna sustancia psicoactiva.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta, aplicando los siguientes instrumentos:

a. Cuestionario sobre factores riesgo (Anexo 2).

Elaborado por la autora, basado en la revisión bibliográfica del tema de investigación:

- ❖ **Los factores personales** tales como: **edad, sexo y antecedentes familiares de consumo de sustancia psicoactivas**
- ❖ **El factor psicológico: evaluando la Autoestima** a través del **test de Rosenberg**. Test que explora la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y el respeto a sí mismo. La escala consta de 10 enunciados o frases de los cuales cinco están enunciadas positivamente y cinco de forma negativa para controlar el efecto de aquiescencia. Las respuestas son de tipo Likert de 4 alternativas: Muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo. Cuyo puntaje es de 4 a 1 respectivamente; a excepción de los enunciados del 6 al 10 se puntúan de 1 a 4.
- ❖ **Los factores familiares:** evaluando el tipo de familia, funcionalidad familiar y violencia familiar.

El Tipo de familia se evaluó según **escala de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria** en cuatro tipos de familia: Familia nuclear (Padre, madre y hermanos), Familia monoparental (uno de los padres y hermanos), Familia reconstituida (padre o madre y madrastra o padrastro), Familia extensa (tíos, abuelos, padres y hermanos).

La funcionalidad familiar se evaluó a través del **Apgar Familiar**

Instrumento creado por Smilkstein, con el fin de evaluar la función de la familiar. Muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de

funcionamiento de la unidad familiar de forma global puede ser autoaplicable, ya que lo pueden entender personas con una educación limitada, además de poder completarse de manera muy rápida.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Consta de cinco preguntas y cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3: Casi siempre, 4: Siempre

La Violencia familiar se evaluará la presencia o usencia de agresión físico, psicológica o sexual cualquier de ellas o en su conjunto se tomará como agresión. Se operacionalizó de la siguiente manera: Violentado, No violentado

- ❖ **El factor social**, específicamente la influencia social para el consumo. Intentando identificar cual es el medio de influencia: padres, otros familiares: tíos, hermanos, abuelos, amigos, pareja, medios de comunicación

b. Cuestionario sobre consumo de sustancias psicoactivas (Anexo 3)

Forma parte del instrumento Drug Use Screening Inventory -inventario de la investigación del uso de la droga (DUSI) versión chilena; elaborado por Tarter y Hedegeus (1990). El cuestionario incluye datos sobre consume o no consume sustancias psicoactivas.

3.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó la autorización para la ejecución del proyecto de investigación a la Dirección de la Escuela académico profesional de Enfermería.
- Se pidió permiso al director de la institución educativa “José Gálvez Egúsquiza” para la captación de estudiantes que cumplan con el criterio de inclusión.
- Se aplicó los instrumentos en las aulas asignadas. Este procedimiento duró aproximadamente 20 minutos por cada participante.

3.7 TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico se realizará mediante la clasificación, ordenamiento y codificación de datos mediante el uso del programa estadístico: SPSS versión 23.0.

Nivel Descriptivo: Los resultados estarán representados en tablas simples y gráficos, cifras absolutas y relativas, media aritmética y moda.

Nivel Inferencial: Se aplicará la prueba Estadística no paramétrica chi cuadrado para determinar la relación, con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

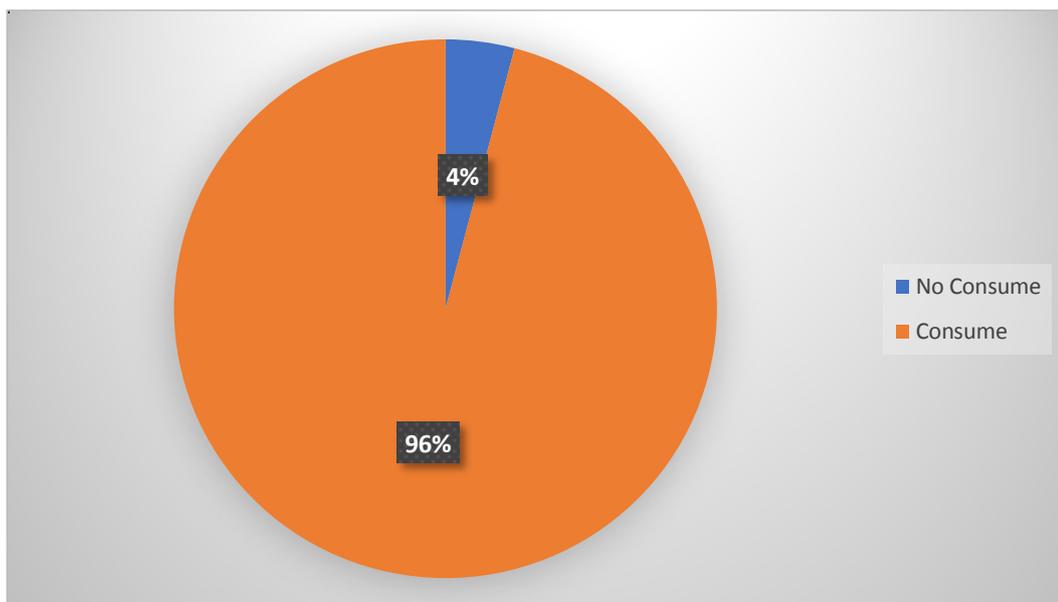
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Cuadro 1: Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	fi	hi
No Consume	4	4,1
Consume	93	95,9
Total	97	100,0

FUENTE: Base de datos del Cuestionario sobre consumo de sustancias psicoactivas aplicado a los adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018.



Fuente: Tabla 1.

Figura 1: Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018.

Cuadro 2: Relación entre el factor de riesgo personal y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018.

FACTORES DE RIESGO PERSONAL	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS					
	NO CONSUMEN		CONSUMEN		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi
TOTAL	4	4,1	93	95,9	97	100,0
EDAD						
De 10 a 14 años	2	7,4	25	92,6	27	27,8
De 15 a 16 años	2	3,2	60	96,8	62	63,9
De 17 a 19 años	0	0,0	8	100,0	8	8,3
	$X^2 = 1,207$	GL = 2	$p = 0,547$	> 0,05	No SIG	
SEXO						
Masculino	0	0,0	45	100,0	45	46,4
Femenino	4	7,7	48	92,3	52	53,6
	$X^2 = 3,610^a$	GL = 1	$p = 0,057$	> 0,05	NO SIG.	
ANTECEDENTES FAMILIARES						
No presenta	4	5,3	71	94,7	75	77,3
Sí presenta	0	0,0	22	100,0	22	22,7
	$X^2 = 1,224$	GL = 1	$P = 0,269$	> 0,05	NO SIG.	

FUENTE: Base de datos del Cuestionario sobre factores de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas aplicado a los adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018.

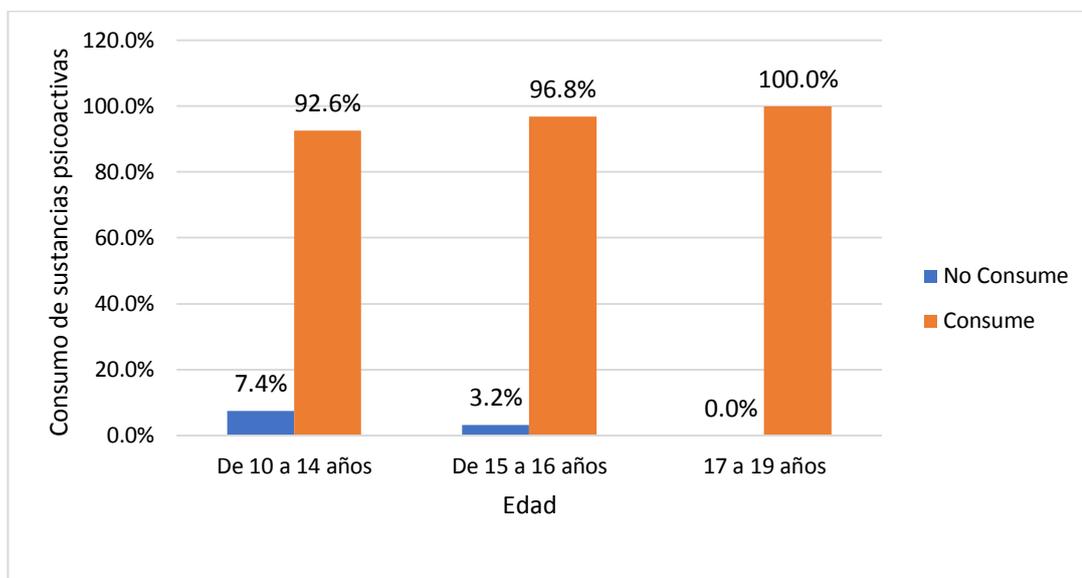


Figura 2: Relación entre el factor de riesgo personal edad y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

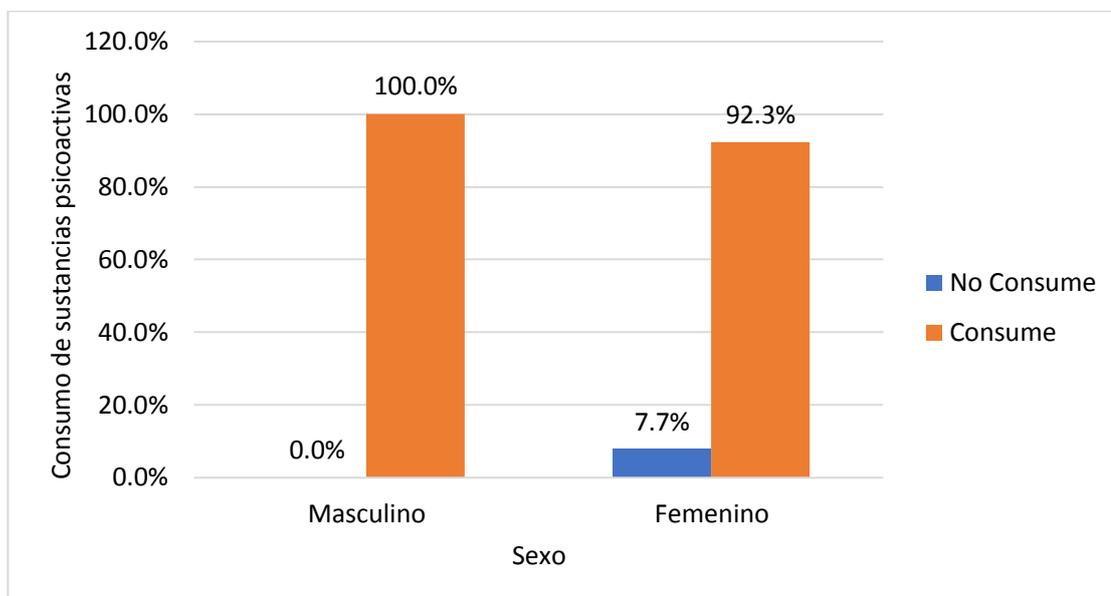


Figura 3: Relación entre el factor de riesgo personal sexo y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

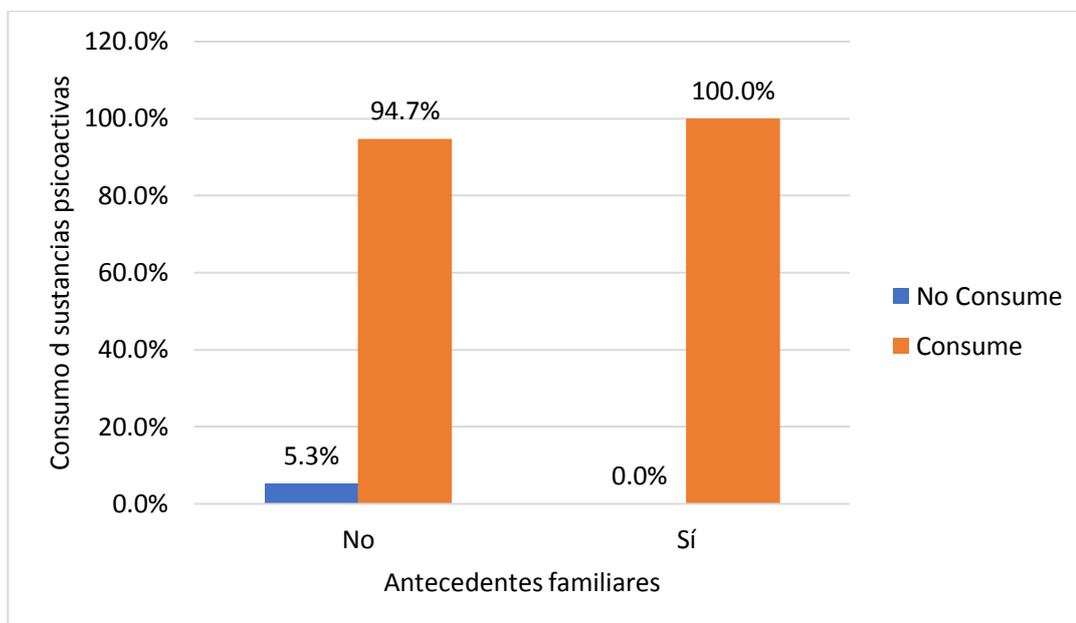


Figura 4: Relación entre el factor de riesgo personal antecedentes familiares y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018.

Cuadro 3: Relación entre el factor de riesgo psicológico y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICO	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS					
	NO CONSUMEN		CONSUMEN		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi
TOTAL	4	4,1	93	95,9	97	100,0
NIVEL DE AUTOESTIMA						
Alta	4	8,7	42	91,3	46	47,4
Media	0	0,0	50	100,0	50	51,5
Baja	0	0,0	1	100,0	1	1,0

$$X^2 = 4,626 \quad G1 = 2 \quad p = 0,099 > 0,05 \quad \text{No SIG}$$

FUENTE: Base de datos del Cuestionario sobre factores de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas aplicado a los adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

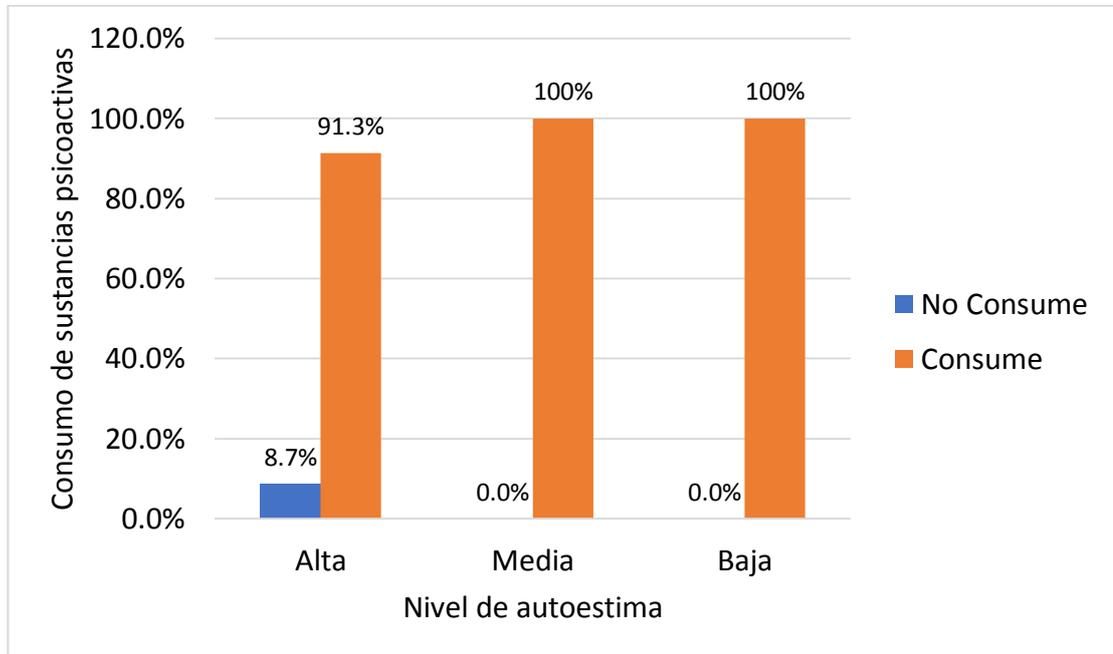


Figura 5: Relación entre el factor de riesgo psicológico y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018.

Cuadro 4: Relación entre el factor de riesgo familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

FACTORES DE RIESGO FAMILIAR	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS					
	NO CONSUMEN		CONSUMEN		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi
TOTAL	4	4,1	93	95,9	97	100,0
TIPO DE FAMILIA						
Nuclear	4	7,1	52	92,9	56	57,7
Monoparental	0	0,0	9	100,0	9	9,3
Extensa	0	0,0	12	100,0	12	12,4
Reconstituida	0	0,0	20	100,0	20	20,6
$X^2 = 3,055^a$ GL = 3 P = 0,383 <0,05 NO SIG.						
FUNCIONALIDAD FAMILIAR						
Buena funcionalidad	3	15,8	16	84,2	19	19,6
Disfuncionalidad Leve	1	2,8	35	97,2	36	37,1
Disfuncionalidad moderada	0	0,0	32	100,0	32	33,0
Disfuncionalidad severa	0	0,0	10	100,0	10	10,3
$X^2 = 8,511$ GL = 3 P = 0,037 <0,05 SIG						
VIOLENCIA FAMILIAR						
No violentado	3	25,0	9	75,0	12	12,4
Violentado	1	1,2	84	98,8	85	87,6
$X^2 = 15,095$ GL = 1 P = 0,000 <0,05 SIG.						

FUENTE: Base de datos del Cuestionario sobre factores de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas aplicado a los adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

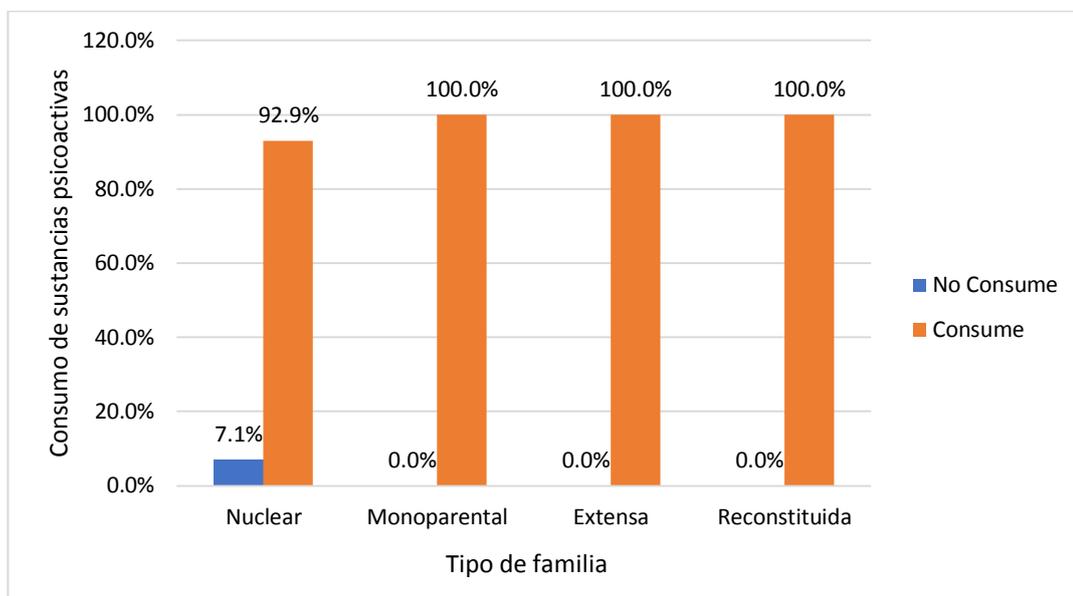


Figura 6: Relación entre el factor riesgo tipo de familia y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

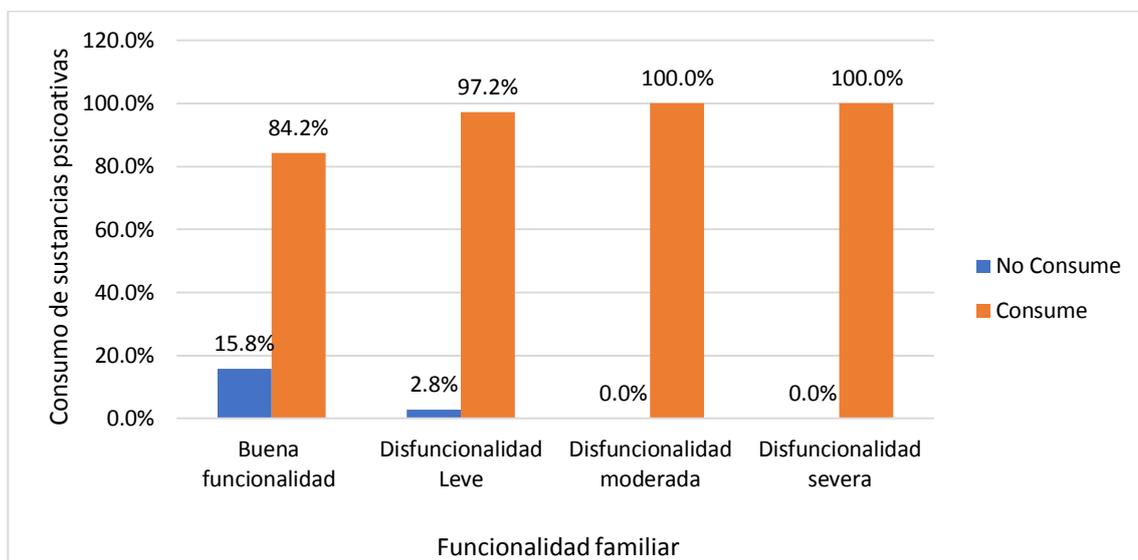


Figura 7: Relación entre el factor riesgo funcionalidad familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

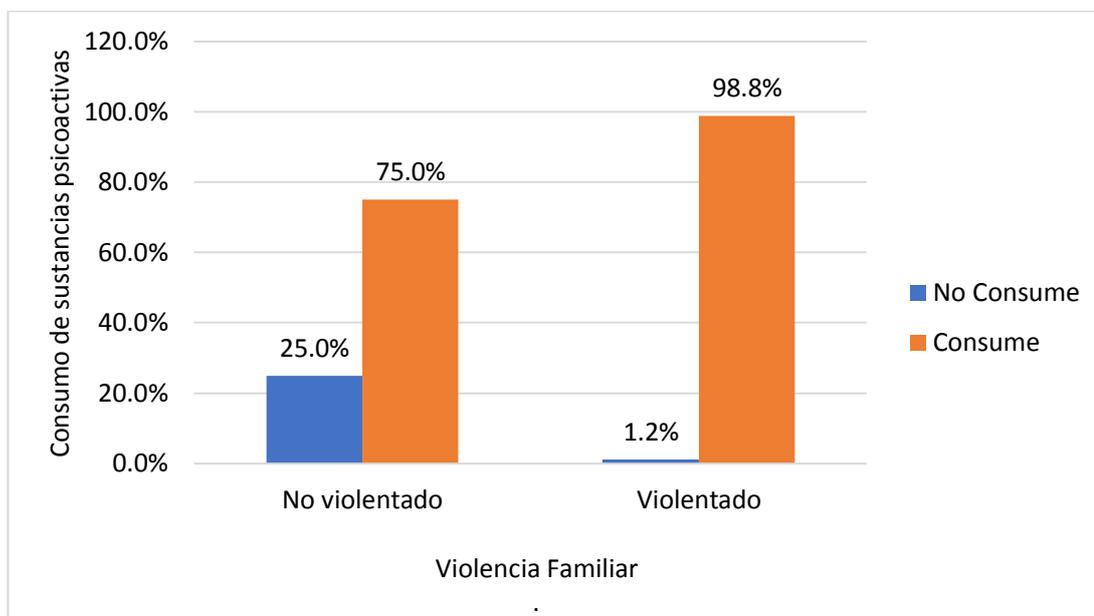


Figura 8: Relación entre el factor riesgo tipo de familia y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

Cuadro 5: Relación entre el factor de riesgo social y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018.

FACTORES DE RIESGO SOCIAL	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS					
	NO CONSUMEN		CONSUMEN		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi
INFLUENCIA SOCIAL						
Amigos	0	0,0	62	66,7	62	63,9
Medios de comunicación	0	0,0	16	17,2	16	16,5
Otros familiares	0	0,0	11	11,8	11	11,3
Pareja	0	0,0	4	4,3	4	4,1
No influenciados	4	100,0	0	0,0	4	4,1

$$X^2 = 97,000 \quad GL = 4 \quad p = 0,000 < 0,05 \quad \text{SIG.}$$

FUENTE: Base de datos del Cuestionario sobre factores de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas aplicado a los adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018.

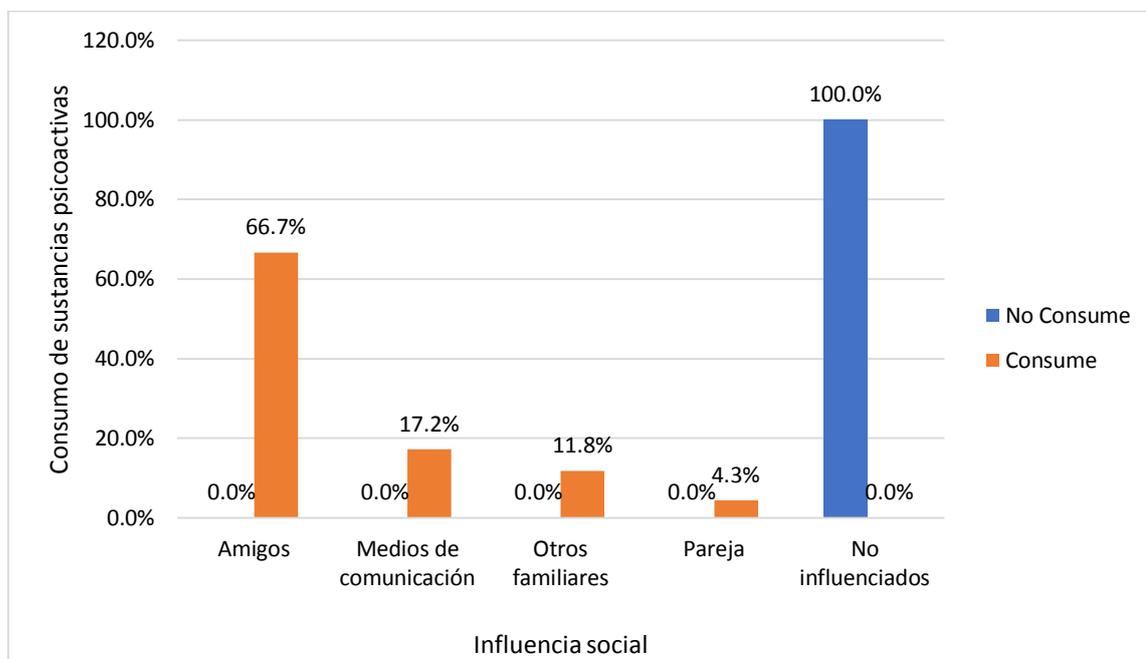


Figura 9: Relación entre el factor de riesgo social y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018.

4.2 DISCUSIÓN

En la **cuadro 1**, se presenta el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza”, Chimbote, 2018. Donde se evidencia que del 100 % (97) de adolescentes en estudio el 95,9% de adolescentes consumen sustancias psicoactivas y el 4,1% no consumen

Los resultados obtenidos guardan relación con Gonçalves y Marquen (2015) quien en su estudio “Patrón de consumo de alcohol y factores asociados en adolescentes de escuelas públicas en el municipio del interior de Brasil.” Obtuvo que el 80,9% de los adolescentes consume alcohol.

De igual manera, con Johnston & colab.(2005) en su Informe nacional sobre el uso de drogas por adolescentes encontró que más de la mitad (53%) de los adolescentes en los Estados Unidos han probado los cigarrillos al final de su último año en la escuela secundaria y el 25% son fumadores. También encontraron que el 77% de los adolescentes han consumido alcohol al final de su último año.

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que más del 90% de los adolescentes consume sustancias psicoactivas siendo el alcohol la sustancia de mayor prevalencia. Según Hibell y et al (2009) la adolescencia es el periodo en el que más probablemente aparece el hábito social de consumo de alcohol. Es un periodo de transición entre la infancia y la adultez, en el cual el adolescente se siente miembro y partícipe de una "cultura de edad" caracterizada por sus propios comportamientos, valores, normas, argot, espacios y modas.

En este contexto evolutivo, el consumo grupal de alcohol llega a ser parte de la cultura juvenil e implica, para los jóvenes, una concepción específica del espacio y del tiempo, un espacio simbólico, común y compartido, construido por ellos a través de la interacción. El ocio juvenil se puede analizar como una construcción social que refleja discursos, normas y valores colectivos, en un marco histórico-cultural determinado (Pons & Buelga, 2011).

En los últimos años, está siendo cada vez más frecuente entre los jóvenes de diferentes países una modalidad de consumo concentrado, caracterizada por la ingesta de cantidades elevadas de alcohol, realizada durante pocas horas, principalmente en momentos de ocio de fin de semana, manteniendo un cierto nivel de embriaguez y con algún grado de pérdida de control. A este respecto, en el informe de Hibell et al. (2009) se constata que el 43% de los adolescentes europeos encuestados manifestaba haber tenido, en los últimos 30 días, al menos un episodio de consumo concentrado de cinco o más copas, mientras que un 17% declaraba haberlo tenido al menos cuatro veces. Por otro lado, dado que el organismo de los adolescentes se encuentra en proceso de maduración, aun sin llevar a cabo consumos excesivamente elevados de alcohol etílico, su desarrollo cognitivo puede verse perjudicado por esa conducta (Chambers, Taylor, & Potenza, 2003) (Winters, 2004)

En la **cuadro 2**. Se presenta la relación entre el factores de riesgo personales y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018. **Respecto a la relación entre el factor de riesgo personal: edad** y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, se observa que el 7,4 % de los adolescentes de 10 a 14 años no consumen y el 100 % de 17 a 19 años si consumen sustancias psicoactivas. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se determina que no existe relación entre el factor edad y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

Los resultados obtenidos guardan relación con Laveriano (2017) quien en su estudio sobre “Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes de una Institución Educativa. Caraz, 2017” obtuvo que referente al factor edad, el 60,8% de adolescentes de las edades 14-16 años consume alcohol y el 60,0% de los adolescentes de las edades 17-20 años también consumen alcohol. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado, se obtuvo que no existe relación con el factor edad y el consumo de alcohol en adolescentes.

Sin embargo, difiere con Collado (2017) quien en su estudio “Factores de riesgo sociales relacionado al consumo de drogas ilegales en adolescentes en el Pueblo Joven La Unión, Chimbote” obtuvo que el 87.5% de adolescentes de 10 a 13 años no consumen drogas ilegales y el 51.7% de 17 a 19 años si consumen drogas.

Los resultados obtenidos, permiten evidenciar que el consumo de sustancias psicoactivas es cada vez en edades muy tempranas donde el 92, 6% de los adolescentes de 10 a 14 años consume sustancias psicoactivas. Siendo el alcohol l sustancia psicoactiva prevalente de consumo. Contexto que es muy similar a los reportando en investigaciones mundiales quienes señalan que durante las últimas décadas el consumo de sustancias psicoactivas se ha desplazado a la población cada vez más joven en varias regiones del mundo (Espinoza & Hernández, 2015)

La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) (2013) confirman que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los y las escolares; y si bien la edad promedio de iniciación es 13 años, la edad de inicio más baja de consumo se ubica en los 8 años. Uno de cada cuatro estudiantes, es decir el 25%, que declara haber consumido alcohol alguna vez en su vida se inició en la ingesta de alcohol entre los 8 y los 11 años. Sin embargo, el 50% de los bebedores escolares comenzaron la ingesta cuando tenían entre 12 y 14 años. Por otro lado, del 40.5% (900,000) de escolares encuestados que informan haber probado alguna droga legal, sea alcohol o tabaco, el 23.3% admite que lo hizo en el último año y el 12.3% en el último mes antes de la encuesta (Rojas & Otiniano, 2014).

Espinoza y Hernández (2015) señalan que mientras más joven el adolescente inicia el consumo de alcohol, mayores son las probabilidades de desarrollar un problema de alcoholismo de adulto, teniendo un gran impacto en la salud, el

rendimiento académico y la convivencia familiar y social del individuo consumidor (Espinoza & Hernández, 2015)

Referente a la relación entre el factor de riesgo personal: sexo y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, se observa que el 7,7% de adolescentes femeninas no consumen y el 100% de adolescentes del sexo masculino si consumen sustancias psicoactivas. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se determina que no existe relación entre el factor sexo y el consumo de sustancias psicoactivas.

Los resultados obtenidos guardan relación con Maximiliano, col (2015) quien, en su estudio sobre la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las instituciones educativas estatales, encontró que el 100% de alumnos de género masculino consume alcohol y 39,9% de adolescente femeninas también consumen alcohol.

De igual manera, se relacionan con (Alarcón, 2016) quien en su estudio “Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes del colegio Luis Carranza, · Ayacucho. 2015” se observa que el 100% de los adolescentes (269) el 40,5% son varones que consumen tabaco (109) y el 19,4 % son mujeres que consumen tabaco (52).

Sin embargo, difieren con Soller y Ríos (2015), quienes en su estudio “Influencia del entorno tabáquico en el inicio de consumo de tabaco por los adolescentes escolares de la ciudad de Iquitos” donde concluye que los alumnos de género

masculino el 41,6% manifiesta que consumen tabaco y un 58,4% manifiesta no haber consumido. Mientras que en el género femenino manifiestan un 23% que consume tabaco, y un 77% manifiesta no haber consumido.

Los resultados obtenidos, da muestra que no existe diferencias estadísticas entre el consumo femenino o masculino, datos concordantes con la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) (2013) quien en su informe alcanzo que no existe diferentes de consumo según entre varones y mujeres que la diferencia ha llegado a ser mínima; así, por cada 10 varones, hay 9 mujeres que beben alcohol.

López (2003) analiza la evolución del consumo de alcohol en función de la variable sexo y encuentra patrones de consumo de drogas claramente diferenciados en chicos y en chicas que actualmente está cambiando, porque antes las chicas eran consumidoras en una proporción mucho menor que ellos; su inicio era más tardío, lo hacían con menos frecuencia y en menor cantidad. Algunos datos parecen indicar que actualmente esta situación está cambiando, donde el consumo de alcohol y tabaco está aumentando entre las mujeres, especialmente entre las más jóvenes.

Algunos de los factores que pueden estar incidiendo en el aumento del consumo por parte de las mujeres y las adolescentes puede ser: la presión social con mensajes atractivos, desaparición de valores sociales y culturales que ejercían una función protectora como el sacrificio personal, salida del ámbito exclusivamente doméstico, mayor disponibilidad económica, educación menos

estricta y controlada, aparición de modelos femeninos consumidores, etc. (López, 2003). esta tendencia puede deberse a un intento de liberalización y de igualdad por parte de las mujeres, que provoca una adopción del patrón masculino y no viceversa (Leal, 2004)

Referente a la relación entre el factor de riesgo personal: antecedente familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, se observa que, el 5,3% de adolescentes que no presento antecedentes familiares no consumen sustancias psicoactivas y el 100% que si presentan antecedentes, si lo consumen. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se determina que no existe relación entre el factor antecedente familiar y el consumo de sustancias psicoactivas.

Los resultados obtenidos difieren con Chambilla (2011) quien en su estudio "Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la institución educativa "Mariscal Cáceres" distrito ciudad nueva, Tacna" concluye que En el presente cuadro observamos que 152 adolescentes afirman tener padres no consumidores de los cuales el 45,27% no consumen drogas y solo el 17,28% si consumen. En cambio 91 adolescentes refieren tener padres consumidores siendo el 20,58% de ellos consumidores y 16,87% no consumidores.

A pesar de no existir relación estadística entre el antecedente familiar y consumo de sustancias psicoactivas, se evidencia que el 100% de los adolescentes que consumen tienen antecedente familiar de consumo y quienes manifiestan no

tener antecedentes estar regidos por otro tipo de influencia o factores que incitan su consumo.

Según Rojas & Otiniano (2014) es importante destacar la singularidad de las familias, dado que cada una puede ayudar o perturbar el proceso adolescente para afrontar y resolver sus ansiedades y duelos. Si mismo señala que el Perú la investigación sobre la familia involucrada en la dependencia a sustancias psicoactivas no ha tenido el suficiente desarrollo.

En la **cuadro 3, se presenta la relación el factor de riesgo psicológico (nivel de autoestima)** y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”. Donde se evidencia que el 8,7% de adolescentes con nivel de autoestima alta no consumen y el 100% de los adolescentes con nivel de autoestima media y baja si consumen sustancias psicoactivas. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se determina que no existe relación entre el factor psicológico y el consumo de sustancias psicoactivas.

Los resultados obtenidos se relacionan con Mejía, (2017) quien en su estudio “Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de la institución educativa N°146 Su Santidad Juan Pablo II, 2017” concluye que de un total de 82 adolescentes; el 3.6 % (2) no muestran problemas con el consumo de alcohol y tienen una autoestima bajo, el 6.2% (5) no presentan problemas con el consumo de alcohol y tienen autoestima medio, el 8.1% (7) de los adolescentes no presentan problemas con el consumo de alcohol y tienen una autoestima alta. El

consumo de riesgo en adolescentes es de 2.4% (1) que tienen autoestima baja, un 10.8 % (9) tienen consumo de riesgo y una autoestima medio y un 37.9% (36) tienen consumo de riesgo y una autoestima alta. El consumo perjudicial de alcohol en adolescentes es de 6.8 % (5) con una autoestima baja, un 10.9% (9) de consumo perjudicial y autoestima media, un 7.9 % (6) presentan consumo perjudicial y una autoestima alta. La dependencia de alcohol en los adolescentes es de 3.4% (2) teniendo autoestima alta. Aquí se destaca que mientras más autoestima tenga el adolescente más será su consumo de alcohol.

De igual manera, se asemejan con Cobián y Díaz, (2013 quien en su estudio "Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de alcohol y tabaco. Institución educativa 80706. Alto Moche. 2012" concluyeron que con respecto nivel de autoestima y consumo de alcohol, se encontró que cuando la autoestima es baja el 33.3 por ciento del total de adolescentes no consumen alcohol, cuando la autoestima es media baja el 52 %, cuando la autoestima es media alta el 54.3% no consume alcohol y si el nivel de autoestima es alto el 46.7 por ciento no consume alcohol. El 66.7 % de adolescentes que si consumen alcohol tienen autoestima baja, el 48 % que consumen alcohol tienen autoestima media baja, el 45.7 % que consumen alcohol tienen autoestima media alta y el 53.3 % que si consume alcohol tiene autoestima alta.

Rojas y Otiniano (2014) manifiestan que diversos estudios han determinado que los adolescentes y jóvenes actúan por simple curiosidad, imitación, sentimiento de invulnerabilidad, rebeldía o afán de independencia. Muchos de ellos y ellas enfrentan el peligro de iniciarse en el consumo y posteriormente escalar a la

adicción. Todo este contexto tiene un cierto impacto en el adolescente, quien viene atravesando un particular periodo de desarrollo para consolidar las bases de su salud mental y física y alcanzar la estabilidad del adulto. No hay que perder de vista que la adolescencia constituye la última oportunidad de la persona para establecer la estructura de su personalidad. El adolescente ensaya modos de vida alternativos que pueden sustituir aquellos que durante su infancia resultaban incuestionables. Normalmente los adolescentes presentan diversos grados de vulnerabilidad, frente al estrés, la frustración y la ansiedad, lo que ocasiona que se incremente la probabilidad o el riesgo de involucramiento y desarrollo de ciertos comportamientos adictivos, con y sin sustancias.

En la **cuadro 4** se presenta la relación entre el factor de riesgo familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018. **Referente a la relación entre el factor de riesgo familiar tipo de familia** y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, se observa que el 7,1% de los adolescentes de familia nuclear no consumen sustancias psicoactivas y el 100% de adolescentes de familia monopareteral, extensa y reconstituida, si consumen sustancias psicoactivas. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se determina que no existe relación entre el factor tipo de familia y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes

Los resultados obtenidos se relacionan con Uroz y et al., (2018) quien en su estudio “Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes” concluyo que no se halló relación entre el consumo de alcohol en los adolescentes y la

estructura familiar. El consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año o en el último mes era independiente del tipo de familia a la que pertenecía el adolescente.

Sin embargo, los resultados difieren con Collado (2017) quien en su estudio “Factores de riesgo sociales relacionado al consumo de drogas ilegales en adolescentes. Pueblo Joven La Unión. Chimbote, 2016” concluye que el 75,4% de los adolescentes de con estructura familiar nuclear no consumen drogas ilegales; mientras el 61,1% de los adolescentes de estructura familiar monoparental no consume drogas ilegales; el 52,4% de los adolescentes con estructura familiar extensa no consumen drogas ilegales; por último el 50% de los adolescentes con otro tipo de estructura familiar si consumen drogas ilegales.

Referente a la relación entre el factor de riesgo familiar funcionalidad familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes se observa que el 15,8% de adolescentes con buena funcionalidad familiar no consumen sustancias psicoactivas y el 100% de disfuncionalidad moderada y severa, si consumen sustancias psicoactivas. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se determina que si existe relación con el factor funcionalidad familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

Los resultados obtenidos guardan cierta similitud con (Trigozo, Alvan, & Santillan, 2016) quienes en su estudio “Factores familiares asociados al consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de secundaria de la institución educativa Simón Bolívar, Iquitos 2016”, concluye que al asociar funcionalidad familiar y

consumo de drogas psicoactivas en estudiantes, se observa que, del 100,0% que no consume drogas psicoactivas, 74,8% presentó disfunción familiar y 25,2% buena función familiar; del 100% con consumo/uso abusivo, 80,0% presentó disfunción familiar y 20,0% buena función familiar; del 100,0% con abuso/dependencia, 100% presentó disfunción familiar y 0,0% buena función familiar; y del 100,0% de estudiantes con uso compulsivo, 100,0% presentó disfunción familiar y 0,0% buena función familiar

Los resultados obtenidos se relaciona con (Rumay & Agreda, 2007) quien en su estudio "Funcionamiento familiar y autoestima en el riesgo de consumo de drogas en adolescentes. Institución educativa estatal "Cesar Abraham Vallejo" – La Esperanza 2007" concluyeron que de 36 adolescentes que presentan funcionamiento familiar bajo el 100% consumen droga, de 111 adolescentes que presentan funcionamiento familiar medio el 89.2 % consumen drogas y el 10,8% no consume; por ultimo de 133 adolescentes que presentan funcionamiento familiar alto el 39.8 % consumen drogas y el 60,2% no consume; es decir que el consumo de drogas se hace más frecuente a medida que el funcionamiento familiar disminuye.

Los resultados obtenidos coincide Briones (2016) quien en su estudio "Funcionalidad familiar relacionada con el consumo de alcohol en adolescentes escolares de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, distrito El Porvenir, Abril del 2016" se observa que, del 100,0% de los estudiantes (242), el 92,6% (224) no presenta problemas de consumo de alcohol en el cual 22,7% tiene buena función familiar , el 36,8% disfunción familiar leve; el 21,5% disfunción

familia moderada y el 11,5% disfunción familia severa. El 5,8% de los alumnos (14) presentan riesgo de consumo de alcohol en el cual 0,4% tiene buena función familiar, el 2,9% disfunción familiar leve; el 1,7% disfunción familia moderada y el 0,8% disfunción familia severa. Mientras que 1,7% de los estudiantes (4) consumen de alcohol y todos presentan disfunción familia severa.

Referente a la relación entre el factor de riesgo familiar violencia familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes se observa que el 25 % de los adolescentes no violentados no consumen sustancias psicoactivas y el 98,8% de los violentados si consumen. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se determina que si existe relación con el factor violencia familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes

Los resultados obtenidos coinciden con Chambilla (2011) quien en su estudio "Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la institución educativa "Mariscal Cáceres" distrito ciudad nueva, Tacna" concluye que existe un mayor porcentaje de adolescentes que no sufren de violencia física en el grupo de no consumidores (51 ,44%) en comparación al grupo de consumidores (25,93%). Asimismo, el porcentaje de adolescentes que no sufren violencia psicológica es mayor en el grupo de consumidores (44,03%) en comparación a los consumidores (21 ,40%). En cuanto a la violencia sexual, se aprecia que en los adolescentes que no sufren violencia sexual es mayor en el grupo de no consumidores (59,26%) a diferencia de los consumidores (34, 16%).

Los resultados obtenidos se relacionan con los de Sánchez y Navarro, (2018) quienes en su estudio “Violencia familiar y consumo de alcohol en los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa 0094 del distrito de La Banda de Shilcayo, 2017”, se muestra que no existe relación significativa entre la dimensión de violencia psicológica y consumo de alcohol, la violencia sexual no se relaciona significativamente con el consumo de alcohol. Sin embargo, existe una correlación inversa y significativa entre la dimensión violencia física y consumo de alcohol, lo que indica, que a menor violencia familiar menor será el consumo de alcohol.

Los resultados son similares con los de Loor y Tigua (2015) quienes en su investigación “factores que influyen en el consumo de sustancias psicotrópicas en los adolescentes de 13 a 14 años de edad en la réplica del colegio Vicente Rocafuerte, 2014- 2015” se observa que el 100% de los estudiantes (100), el 45% mencionaron que el maltrato y la violencia intrafamiliar influye para el consumo de sustancias psicotrópicas, seguidos con un 25% la inadecuada comunicación y la ausencia de manifestaciones afectivas.

En la **cuadro 5 se presenta la relación entre el factor de riesgo social** y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, Donde se evidencia el 100% de las adolescentes que no fueron influenciados socialmente no consumen sustancias psicoactivas, mientras el 66,7% de los que consumen sustancias psicoactivas fueron influidos por amigos. Ante la aplicación de la prueba estadística chi

cuadrado se determina que sí existe relación con el factor social y el consumo de sustancias psicoactivas.

Los resultados obtenidos son similares con los de Soller y Ríos (2015) quienes en su estudio “Influencia del entorno tabáquico en el inicio de consumo de tabaco por los adolescentes escolares de la ciudad de Iquitos. Marzo a diciembre de 2014” donde concluye que la influencia de consumo de tabaco en los amigos, la madre y compañero de clase son los principales factores de riesgo; aún más alto que los padres y hermanos que fuman.

Los resultados obtenidos son similares con los de Estrella y Turco (2010) quienes en su estudio “Factores sociales del consumo de drogas en escolares adolescentes en el colegio Politécnico del distrito de El Tambo: año 2009”, según los datos sobre el consumo de drogas legales e ilegales, concluyen que son los amigos, compañeros de estudio y luego los familiares las personas que más influencia social tienen en el inicio de consumo de las drogas en los escolares.

Los resultados obtenidos son similares con los de Celis y Pinedo, (2015) quienes en su estudio “Factores asociados al consumo de drogas y alcohol en adolescentes de 5to de secundaria en una institución educativa de San Juan de Lurigancho 2014” donde concluye que los factores sociales asociados sobre consumo de bebidas alcohólicas y drogas están relacionados con los amigos, quienes exigen consumir dichas sustancias porque les hacen sentir superior.

Las normas de los grupos en los que el adolescente se integra, los compromisos que en ellos asume y los valores que por la interacción grupal interioriza van a contribuir a la construcción de su identidad personal (Woolfolk, 2008).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- El 95,9% de adolescentes consumen sustancias psicoactivas y el 4,1% no consume.
- En los factores riesgo personal: edad, sexo y antecedente familiar, no guarda relación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.
- En el factor de riesgo psicológico: nivel de autoestima, no guarda relación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.
- En los factores de riesgo familiar: funcionalidad y violencia familiar, si guardan relación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias psicoactivas. Mientras el que el factor tipo de familia no guarda relación.
- El factor de riesgo social: influencia social, si guardan relación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

5.2 RECOMENDACIONES

Después del desarrollo de la presente investigación y en base a las diferentes situaciones acontecidas; nos vemos con la responsabilidad de realizar las siguientes recomendaciones:

- Los servicios de salud deben incorporar estrategias preventivas para la identificación de riesgos para la adicción, el control y la vigilancia específica para el grupo de adolescentes.
- Capacitar sobre las complicaciones y riesgos del consumo de sustancias psicoactivas a los escolares, adolescentes y a sus familias; ya que a esa edad están más expuesto a los diversos medios publicitarios.
- Promover opciones y alternativas de convivencia social a través del deporte y terapias en coordinación con las instituciones educativas y los líderes de cada comunidad, teniendo en cuenta las incidencias y prevalencias existentes en la comunidad
- En los cursos de familia y comunidad, realizar grupos de ayuda para trabajar con las familias de los estudiantes en coordinación con los especialistas como psicólogos, asistentes sociales y nutricionistas; para que lleguen a tener una buena relación con sus hijos ayudándolos a disminuir el consumo de sustancias psicoactivas.
- También trabajar con los profesores de la institución educativa en cuanto a la sensibilización y concientización a los estudiantes sobre los efectos negativos del consumo de sustancias psicoactivas y enfrentarlos de forma temprana.
- Trabajar con la familia de los adolescentes realizando programas de promoción de estilos de vida saludables y prevención del consumo de bebidas alcohólicas a través de talleres y sesiones educativas que contribuyan en la educación y orientación de sus hijos.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- D'Amico, E. J., & McCarthy, M. M. (2006). Escalation and initiation of younger adolescents' substance use: the impact of perceived peer use. *Journal of Adolescent Health, 39*(2006), 481– 487.
- Alarcón, P. (2016). *Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes del colegio Luis Carranza*. Ayacucho_Perú: Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga .
- Becoña, E. (2000). *Los adolescentes y el consumo de drogas*. Papeles del Psicólogo. Biblioteca del congreso nacional de Chile. (2016). *La Familia*. Recuperado el octubre de 2017, de https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=10221.3/45662
- Bríñez, J. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones, 13*(4), 439-455.
- Briones, M. (2016). *Funcionalidad familiar relacionada con el consumo de alcohol en adolescentes escolares de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, distrito El Porvenir, Abril del 2016*. Trujillo_Perú: Universidad César Vallejo.
- Castillo, N. (2013). *Consumo de alcohol y agresión en adolescentes de una I.E. Nacional de Chimbote – 2013*. Chimbote_Perú: Universidad Cesar Vallejo.
- Cataño, D., Restrepo, S., & Portilla, N. (2008). Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala. *Investig Andina, 16*, 57-66.
- Cava, M., Murgui, S., & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema, 20*, 389-395.
- Chambers, R., Taylor, J., & Potenza, M. (2003). Neurocircuito evolutivo de la motivación en la adolescencia: un período crítico de vulnerabilidad a la adicción. . *American Journal of Psychiatry, 1041-1052*.
- Chambilla, L. (2011). *Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la institución educativa "Mariscal Cáceres" Distrito Ciudad Nueva Tacna, 2011*. Tacna_Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

- Celis, G., & Pinedo, I. (2015). *Factores asociados al consumo de drogas y alcohol en adolescentes de 5to de secundaria en una institución educativa de San Juan de Lurigancho 2014*. Lima_Perú: Universidad Privada Norbert Wiener.
- Cobián, Y., & Díaz, C. (2013). *Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de alcohol y tabaco. Institución educativa 80706.Alto Moche. 2012*. Trujillo_Perú: Universidad Nacional de Trujillo .
- Collado, L. (2017). *Factores de riesgo sociales relacionado al consumo de drogas ilegales en adolescentes en el Pueblo Joven La Unión, Chimbote*. Chimbote: Universidad Nacional del Santa .
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas . (2013). *IV Estudio Nacional: Prevención Y Consumo De Drogas En Estudiantes De Secundaria 2012*. Lima_Perú: DEVIDA.
- Cortaza, L., Villar, M., & Puig, A. (2012). Consumo de drogas en adolescentes mexicanas. *Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería*, 2(3), 19-25.
- Cuervo, M. (2013). *Factores de riesgo relacionados con el consumo de tabaco en escolares*. Bogota_Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- De Almeida Filho, N. (2009). Riesgo: Concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5, 323-344.
- Díaz, A. (2005). *El enfoque de riesgo y la atención adolescente*. Uruguay: Tecnología perinatal.
- Duque, J. (2012). *Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes-jóvenes universitarios en Bogotá-Colombia: magnitud del consumo, factores de riesgo-protección y daños asociados*. Bogota_Colombia: Universidad de Chile .
- Escalante, J., & Zafra, M. (2009). *Relación entre el consumo de ciertas sustancias psicoactivas y rendimiento académico de los alumnos del 5to grado de educación secundaria de la I.E. "Fe y Alegría" N° 16*. Chimbote_Perú: Universidad Nacional del Santa .
- Espinoza, K., & Hernández, M. (2015). Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en una institución educativa de Jamundí Valle, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 3.

- Estrella, E., & Turco, L. (2010). *Factores sociales del consumo de drogas en escolares adolescentes en el colegio Politécnico del distrito de El Tambo: año 2009*. Huancayo_Perú: Universidad .
- Fernández, P. (2010). *Factores de riesgo y proteccion del consumo de sustancias en adolescentes*. Alcalá de Henares_España: Universidad de Alcalá.
- Gongalves, T., & Marques de Oliveira, L. (Mar de 2015). Patrón de consumo de alcohol y factores asociados en adolescentes de escuelas públicas en el municipio del interior de Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, 18(1), 13-24. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100013&lng=pt
- Gracia, E., & Musitu, G. (2001). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Granados, L., & Solso, K. (2012). *Factores de riesgo – protección y consumo de drogas en estudiantes de secundaria, Chimbote – 2012*. Chimbote_Perú: Universidad Cesar Vallejo .
- Gutiérrez, C., Contreras, H., Trujillo, D., Haro, E., & Ramos-Castillo, J. (2010). Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 247-254.
- Herrera, S. (2000). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., & Kokkevi, A. (2009). *El Informe ESPAD: uso de sustancias entre estudiantes en 35 países europeos*. Estocolmo: Centralförbundet för Alkohol-och Narkotikaupplysning.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Crecimiento Económico, Población, Características Sociales y Seguridad Ciudadana en la Provincia Constitucional del Callao*. Lima_Perú: INEI.
- Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., & Schulenberg, J. (2005). *Monitoreando los resultados nacionales futuros sobre el uso de drogas por adolescentea*. Estados Unidos : Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.
- Kise, C. (2014). *Determinantes de la salud en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, Villa María – Nuevo Chimbote, 2012*. Chimbote_Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.

- Leal, E. (2004). Adolescentes y alcohol: la búsqueda de sensaciones en un contexto social y cultural que fomenta el consumo. *Apuntes de Psicología*, 22(3), 403-420.
- Lepre, R., & Martins, R. (2008). *Los adolescentes y la construcción de la identidad*. <http://www.slowmind.net/adolescenza/lepre1.pdf>.
- Lila, M., Van Acken, M., Musitu, G., & Buelga, S. (2006). Families and adolescence. En S. Jackson, & L. (. Goossens, *Manual de desarrollo adolescente*. Psychology Press.
- Loor, P., & Tigua, J. (2015). *Factores que influyen en el consumo de sustancias psicotrópicas en los adolescentes de 13 a 14 años de edad en la réplica del colegio Vicente Rocafuerte, 2014 - 2015*. Guayaquil_Ecuador: Universidad de Guayaquil .
- López, P. (2003). *Diferencias de género en el consumo de drogas de los adolescentes españoles*. Tesis doctoral , España.
- Maximiliano-Colqui, L. (2015). Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las instituciones educativas estatales, distrito de Ventanilla. *Revista Enfermería Herediana*, 8(2), 89-96.
- Mejía, A. (2017). *Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de la institución educativa N°146 Su Santidad Juan Pablo II, 2017*. Lima_Perú: Universidad César Vallejo .
- Monroy, A. (2003). *Nuestros niños y el sexo como explicarselos*. Mexico DF: Pax Mexico.
- Moon, S., & Rao, U. (2011). Actividad social, actividades relacionadas con la escuela y mensajes de medios para el uso de sustancias en adolescentes sobre el consumo de tabaco y alcohol. *Journal of Human Behavior in The Social Environment*, 21(5), 475-48. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3145368/>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Viena_Australia : Naciones Unidas.

- Organizacion Mundial De La Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancia psicoactivas*. Ginebra_Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Factores de Riesgo* . Recuperado el Mayo de 2018, de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Oxford dictionaries. (2018). *definición de edad* . Recuperado el 2018, de <https://es.oxforddictionaries.com/>
- Paucar, R., & Miranda, K. (2015). Factores de riesgo que influyen al consumo de alcohol en los estudiantes del nivel secundario de la I.E. José Faustino Sánchez Carrión. *Revista de Investigación Universitaria*, 4 (1), 65-73.
- Pesantes, S. (2010). *Patrones de consumo de alcohol, factores y repercusiones sociales en población adulta. distrito de Moche-Trujillo*. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
- Polaino-Lorente, A., & Martínez, P. (2003). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Madrid_España: Rialp S.A.
- Pons, J., & Berjano, E. (2014). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social* . Cuba: Cedro-Plan Nacional sobre drogas. Obtenido de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/a/a4.pdf>
- Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-64. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a7>
- Ramírez, M., & Andrade, D. (sep-oct de 2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). :813-8. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(1), 813-818. Recuperado el Jun de 13 de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/2814/281421851008/>
- Rumay, D., & Agreda, R. (2007). *Funcionamiento familiar y autoestima en el riesgo de consumo de drogas en adolescentes. Institución educativa estatal “Cesar Abraham Vallejo” – La Esperanza 2007”*. Trujillo_Peú: Universidad Nacional de Trujillo.
- Rojas, M., & Otiniano, F. (2014). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar* . Lima: Oficina de las Naciones Unidad Contra la Droga

y el Delito. Recuperado el Abr de 13 de 2018, de https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones_2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPA

- Sánchez, A., & Navarro, R. (2018). *Violencia familiar y consumo de alcohol en los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa 0094 del distrito de La Banda de Shilcayo, 2017*. Tarapoto_Perú: Universidad Peruana Unión .
- Saravia, J., Gutiérrez, C., & Frech, H. (2014). Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-7.
- Schwarc, R. (2007). *Concepto de riesgo y el cuidado de la salud*. Uruguay: Publicación científica.
- Secretaría de Educación Jalisco. (2016). *Información del Ciclo Escolar: Definiciones Básicas*. Recuperado el Abril de 2018, de <http://sig.jalisco.gob.mx/Estadistica/Conceptos/Conceptos.htm>
- Silva, M. (2015). *Factores por los cuales los adolescentes institucionalizados en el Hogar Fundación Remar son vulnerables a las adicciones de las sustancias que producen dependencia*. Guatemala de la Asunción : Universidad Rafael Landívar.
- Soller, C., & Rios, O. (2014). *Influencia del entorno tabáquico en el inicio de consumo de tabaco por los adolescentes escolares de la ciudad de Iquitos*. Nina Rumi_Peru: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana .
- Suárez, E., & Krauskopf, D. (2008). *El enfoque de Riesgo y su Aplicación a las Conductas en la Adolescencia. Una Perspectiva Psicosocial*. . Washington.: En prensa, OPS.
- Suarez, L., & Menkes, C. (2006). Violencia familiar ejercida en contra de los adolescentes mexicanos. *Rev Saúde Pública*, 40(4), 611-619.
- Trigozo, M., Alvan, C., & Santillan, K. (2016). *Factores familiares asociados al consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de secundaria de la institución educativa Simón Bolívar, Iquitos 2016*. Iquitos_Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana .
- Uroz, J., & colb. (2018). Estructura familiar y consumo de alcohol en los adolescentes . *Health and Addictions*, 18(1), 107-118.

Weinstein, J. (2012). *Riesgo Psicosocial en Jóvenes*. Santiago de Chile.: PREALC.

Winters, K. (2004). *Desarrollo del cerebro adolescente y abuso de drogas*. . Filadelfia:
Instituto de Investigación de Tratamiento.

Woolfolk, A. (2008). *Educational psychology*. . Boston: Allyn & Bacon.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza”, Chimbote, 2018”. El presente proyecto investigación está siendo conducida por la bachiller de enfermería: Carmen Cecilia Alvarez Calderón, con la asesoría del profesor Dr. Juan Miguel Ponce Loza de la Universidad Nacional del Santa. Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una encuesta a fines de la investigación (o lo que fuera pertinente), la que tomará 20 minutos de mi tiempo.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, los instrumentos resueltos serán anónimos, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre del investigador: Bach. Carmen C. Alvarez
Calderón

Nombre del asesor: Dr. Juan
Miguel Ponce Loza

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....
Firma del participante y fecha

.....
Nombre del participante

.....
Firma del investigador y fecha

.....
Nombre del investigador

ANEXO 2

CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO

Instrucción: Leer detenidamente y para cada una de las siguientes preguntas marque con una X la opción que usted considere lo correcto. Recuerda que no hay respuestas buenas o malas, sólo interesa conocer la forma como tú percibes, sientes y actúas en esas situaciones.

I. FACTOR PERSONAL

- 1.Cuál es su edad ____ 2. Sexo: M () F () 3. Grado educativo _____
4. ¿Existe algún familiar que consume habitualmente (todos los días o cada semana/ mes) alguna sustancia psicoactiva (bebidas alcohólicas, cigarrillos, drogas)? Si () No ()

II. FACTOR PSICOLOGICO

5. A continuación, se presentan una serie de afirmaciones con respecto a situaciones que podrían ocurrirte. A las que deberás contestar escribiendo un aspa “X” según la alternativa que mejor describa tu opinión

A	B	C	D
Muy de acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos a igual medida de los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría sentir más respeto por mí mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que soy una buena persona				

III. FACTOR FAMILIAR

6. ¿Con quién vive usted?

- a. Con mamá y papá ()
- b. Solo con papá/ mamá ()
- c. Con sus padres y sus abuelos ()
- d. Con papá/mamá y su pareja ()
- e. Otros parientes ()

7. A continuación, se presentan una serie de afirmaciones con respecto a situaciones familiares. A las que deberás contestar escribiendo un aspa “X” según la alternativa que mejor describa tu opinión

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?					
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?					
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?					
4. ¿está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?					
5. ¿Siente que su familia lo quiere?					

8. Por favor, marcar con un aspa (x) la alternativa que usted considere la correcta de las preguntas a continuación:

	Si	No	¿Por Quién?
1. ¿Usted ha sido maltratada(o) o golpeada(o)?			
2. ¿Usted recibió gritos, insultos, desprecios o amenazas?			
3. ¿Alguien le ha obligado a tener relaciones sexuales y/o le ha tocado de manera desagradable a usted?			

IV. FACTOR SOCIAL

9. Quienes te animan para el consumo de estas sustancias psicoactivas? (puede marcar una o más alternativas)

- a) Padre ()
- b) Madre ()
- c) pareja ()
- d) Amigos ()
- e) otros familiares ()
- f) medios de comunicación ()

ANEXO 3

CUESTIONARIO CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Leer detenidamente y marcar con un aspa (X) entre las alternativas la que considere correcta

¿Consumo las siguientes sustancias al menos una vez al mes?	Si	No
1. Alcohol (cerveza, vino, pisco, ron, cañazo, vodka, etc.)		
2. Tabaco (cigarrillos)		
3. Marihuana		
4. Pasta básica de cocaína (PBC)		
5. Cocaína		
6. Inhalantes (terokal, thinner, pinturas, etc)		
7. Éxtasis		
8. Otros (mencione) _____		

Solo para el investigador: **Consume** _____ **No consume** _____