

**FACTORES FAMILIARES PRESENTES EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y
TABACO EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE DOS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS BOGOTA Y BARRANCABERMEJA, COLOMBIA**

**JUAN DAVID DÍAZ FLOREZ
CAMILA ESPERANZA DÍAZ RODRIGUEZ
ÁNGELA LILIANA DELGADO ALVARADO
CLAUDIA PATRICIA SÁNCHEZ IBÁÑEZ**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA
BOGOTÁ D.C.
2015**

**FACTORES FAMILIARES PRESENTES EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y
TABACO, EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE DOS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS BOGOTÁ Y BARRANCABERMEJA, COLOMBIA**

**JUAN DAVID DÍAZ FLOREZ
CAMILA ESPERANZA DÍAZ RODRIGUEZ
ÁNGELA LILIANA DELGADO ALVARADO
CLAUDIA PATRICIA SÁNCHEZ IBÁÑEZ**

**Trabajo de grado
Requisito para optar por el título de Enfermero (a)**

**Asesora:
DORA STELLA MELO H.
Enfermera, Magister en Salud Familiar y Atención Primaria en salud**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA
BOGOTÁ D.C.
2015**

NOTA DE ACEPTACIÓN:

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá, D.C junio 10 de 2015.

Agradecimientos

Puedo escribir las palabras más hermosas, pero nunca encontrar las palabras para darte las gracias mi Dios. (Mauricio Olivares).

Hoy agradecemos a Dios por brindarnos la oportunidad de haber compartido con todos, a la Pontificia Universidad Javeriana por la oportunidad de nuestra formación, a nuestros padres y familiares por su apoyo incondicional, a todos nuestros seres queridos por su acompañamiento y comprensión y a nuestros docentes quienes aportaron sus conocimientos para lograr nuestro anhelado sueño.

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velara que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

*Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946
Pontificia Universidad Javeriana*

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 16 |
| 2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN | 18 |
| 3. PREGUNTA DE INVESTIGACION..... | 27 |
| 4. OBJETIVOS | 28 |
| 4.1 OBJETIVO GENERAL:..... | 28 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:..... | 28 |
| 4.3 PROPÓSITOS..... | 28 |
| 5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS | 30 |
| 6. MARCO TEÓRICO | 31 |
| 6.1 CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO..... | 31 |
| 6.2 EDAD DE INICIO DEL CONSUMO | 42 |
| 6.3 FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DEL CONSUMO | 46 |
| 6.4 TIPOLOGÍA FAMILIAR CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO | 54 |
| 6.5 EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO | 57 |
| 7. METODOLOGÍA | 60 |
| 7.1 INSTRUMENTOS..... | 61 |
| 7.2 RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN | 61 |
| 7.3 ASPECTOS ÉTICOS. | 62 |
| 8. ANÁLISIS Y RESULTADOS | 64 |
| 8.1 INSTITUCION EDUCATIVA BOGOTA | 64 |
| 8.2 INSTITUCION EDUCATIVA BARRANCABERMEJA | 72 |
| 8.3 ANALISIS DE DATOS DE LAS DOS INSTITUCIONES EDUCTIVAS..... | 80 |
| 9 . CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 88 |
| 10. RECOMENDACIONES..... | 90 |
| 11. BIBLIOGRAFÍA..... | 91 |
| 12 . ANEXOS. | 93 |
| 12.1 Anexo: Consentimiento informado para el padre de familia o acudiente de los niños entre 8 a 12 años que participarán de la investigación. | 93 |
| 12.2 Anexo: Consentimiento informado para niños y niñas entre 8 a 12 años participantes en esta investigación..... | 95 |

| | |
|---|----|
| 12.3 Anexo: Cuestionario para padres..... | 97 |
| 12.4 Anexo: Cuestionario de consumo individual y familiar | 99 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Distribución por edad y Sexo de los Niños (as) de 8 a 12 años de la IED de Bogotá..... | 58 |
| Tabla 2. Características de Consumo de Tabaco y Alcohol de los Niños(as) de 8 a 12 años de una IE de Bogotá | 59 |
| Tabla 3. Consumo familiar de Tabaco y alcohol de los niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Bogotá..... | 60 |
| Tabla 4. Tipología Familiar de los niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Bogotá..... | 61 |
| Tabla 5. Funcionalidad Familiar de los niños (as) de 8 a 12 años de una IED de Bogotá..... | 61 |
| Tabla 6. Distribución por sexo y edad del consumo alguna vez alcohol de niños (as) de 8 a 12 años de una I.E de Bogotá..... | 62 |
| Tabla 7. Distribución consumo alcohol familiar y consumo de alcohol de niños (as) de 8 a 12 años de una I.E de Bogotá..... | 62 |
| Tabla 8. Tipología familiar por consumo alguna vez en la vida de tabaco y alcohol en niños de 8 a 12 años de una I.E de Bogotá..... | 64 |

| | |
|--|----|
| Tabla 9 . Funcionalidad familiar y Consumo alguna vez en la vida de tabaco y alcohol de niños de 8 a 12 años de una I.E de Bogotá..... | 65 |
| Tabla 10. Distribución por edad y Sexo de los Niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Barrancabermeja..... | 67 |
| Tabla 11. Características de Consumo de Tabaco y Alcohol de los Niños(as) de 8 a 12 años de una IE de Barrancabermeja..... | 68 |
| Tabla 12. Consumo Familiar de Tabaco y Alcohol de los Niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Barrancabermeja..... | 69 |
| Tabla 13. Tipología Familiar de los Niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Barrancabermeja..... | 70 |
| Tabla 14. Funcionalidad Familiar de los niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Barrancabermeja..... | 71 |
| Tabla 15. Distribución por sexo y edad del consumo alguna vez alcohol de niños (as) de 8 a 12 años de una I.E de Barrancabermeja..... | 71 |
| Tabla 16. Distribución consumo alcohol familiar y consumo de alcohol de niños (as) de 8 a 12 años de una I.E de Barrancabermeja..... | 72 |
| Tabla 17. Tipología familiar por consumo alguna vez en la vida de tabaco y alcohol en niños de 8 a 12 años de una I.E de Barrancabermeja..... | 73 |
| Tabla 18. Funcionalidad familiar y Consumo alguna vez en la vida de tabaco y alcohol de niños de 8 a 12 años de una I.E de Barrancabermeja..... | 73 |
| Tabla 19 . Distribución por edad y sexo de niños y niñas pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja..... | 74 |
| Tabla 20. Consumo de alcohol según la edad de los niños y niñas pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja..... | 76 |
| Tabla 21 . Consumo de Tabaco y Alcohol expresados por niños y niñas de 8 a 12 años pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja..... | 78 |

| | |
|--|-----------|
| Tabla 22 . Consumo familiar de tabaco y alcohol de niños y niñas de 8 a 12 años pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja..... | 79 |
| Tabla 23. Tipología familiar de los niños y niñas de 8 a 12 años que consume alcohol y tabaco pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja..... | 80 |
| Tabla 24 . Funcionalidad familiar de los niños y niñas de 8 a 12 años que consume alcohol y tabaco pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja..... | 82 |

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática de salud pública a nivel mundial que altera el bienestar individual y colectivo del ser humano de la misma forma que influye en las dinámicas sociales en las que se desenvuelve. Se considera el consumo de alcohol como el más frecuente seguido del consumo del tabaco que son los abre bocas iniciales al consumo de otro tipo de sustancias como las ilícitas dentro de las que se incluye la marihuana, cocaína entre otras. Este consumo trae múltiples consecuencias en el organismo tanto en la parte física como mental siendo una de las razones en las que a largo plazo, desencadenarían un gran porcentaje de discapacidad y defunciones, ya que son atribuidas al consumo de alcohol y tabaco más de 200 y 300 trastornos respectivamente dejando a su paso millones de muertes anuales. (OMS, 2014)

Aunque existe una larga trayectoria investigativa en este asunto, casi la totalidad de las investigaciones se han realizado en población adolescente buscando identificar las características de consumo de alcohol y tabaco en edades mayores a los 12 años. Sin embargo, los estudios refieren un porcentaje de prevalencia en menores de 10 años, lo que indica el inicio de consumo o un contacto previo en edades cada vez más tempranas generando la necesidad de intervenir con población preadolescente, más específicamente en las edades comprendidas entre los 8 y los 12 años. De acuerdo a su ciclo vital, los niños dentro de este rango de edad tienen como pilar de modelamiento e inclusión de creencias y valores a su familia, como predominio más importante que influye en gran magnitud, en el desenvolvimiento de los niños en situaciones que promueven el consumo de sustancias psicoactivas, su percepción frente a ellas y su respectivo accionar.

Es por esto que la investigación se enfoca en identificar los factores familiares presentes en el consumo de alcohol y tabaco en niños de 8 a 12 años escolares de las ciudades de Bogotá y Barrancabermeja en el año 2015 identificando para esto, el consumo personal y familiar de alcohol y tabaco, la

tipología de estas familias y su funcionalidad familiar evaluada por el APGAR Familiar.

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de tipo transversal con muestra intencionada, donde se aplicó una encuesta semiestructurada y el APGAR familiar a 73 padres de familia y a 73 niños de dos instituciones educativas en la ciudad de Bogotá y otra en Barrancabermeja.

Los resultados muestran que los niños de este grupo de edad han tenido contacto en alguna ocasión con el tabaco y el alcohol. Hay mayor número de experimentación con el alcohol. Se reporta que el 23.8% en Bogotá y el 32% en Barrancabermeja corresponden al porcentaje de familias que consumen alcohol. Los niños que han consumido alguna vez alcohol y tabaco corresponden 26.1% y 4.7 en Bogotá y 12.9% y 16.1% en Barrancabermeja pertenecen a familias nucleares completas y funcionales respectivamente, contrario a lo evidenciado en la revisión teórica.

Se reconoce la gran influencia que tiene la familia en esta problemática incluyéndola como uno de los ámbitos más importantes para retrasar la edad de inicio del consumo de alcohol y tabaco, ya que la familia representa el mayor pilar en el proceso de socialización de los niños y de la inclusión de valores.

Es necesario investigar y analizar de manera más detallada las características o factores que fomentan en los niños menores de 12 años el consumo de alcohol y tabaco desde un enfoque holístico y multidimensional humano. Con fin de desarrollar programas de promoción de la salud y prevención más acorde a este grupo poblacional. De la misma manera, desde un enfoque preventivo involucrar en todas las intervenciones y acciones a realizar a los actores sociales, escolares y familiares cercanos al entorno de la población infantil.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El consumo de alcohol y tabaco es una problemática mundial. Dicha problemática se caracteriza por tener, desde la segunda mitad del siglo XX, un momento histórico crucial de expansión y aumento paulatino del consumo (Ramírez R. Martha, de Andrade Denise, 2005). En la actualidad el consumo de alcohol y tabaco se ha establecido como un problema de salud pública (OMS, 2013)

Diferentes entidades a nivel nacional e internacional, se han interesado por investigar el impacto que posee dicho consumo en cuanto a tasas de mortalidad entre otros indicadores. La Organización Mundial de la Salud o OMS identifica que el consumo de tabaco es el responsable de 5.1 millones de muertes por año, con una proyección para el año 2030 de 8 millones de defunciones que correspondiente al 10% del total de las muertes. Igualmente, el tabaco obtiene el 50% de la total de mortalidad de los consumidores que corresponde anualmente a 6 millones de personas, de las cuales, más de 600.000 son no fumadores expuestos a la contaminación de humo de tabaco ambiental. Se proyecta además, que en el 2013, 805 de 100.000 fumadores en todo el mundo son provenientes de países en vías de desarrollo con bajos ingresos y que solo un 20% de la población fumadora habitan en países desarrollados. (OMS, 2013).

Respecto al consumo de alcohol se reporta que, es el responsable de 3.3 millones de muertes alrededor del globo terráqueo, lo que equivale a 5.9% del total de las muertes a nivel mundial. Igualmente, en este estudio se identificó que, el 5.1% de las enfermedades y lesiones que alteran la calidad de vida de las personas son a causa del consumo de alcohol, dado que es un factor que se relaciona con aproximadamente 200 enfermedades y trastornos, generando discapacidad relativamente temprana en grupos etarios entre 20 a 39 años . (OMS, 2014)

Igualmente; el 60% de las muertes a nivel mundial son causadas por enfermedades no transmisibles de las cuales se deben al consumo de alcohol y tabaco siendo estas dos sustancias los principales factores de riesgo modificables. (Barbosa, Campos & López, 2012)

Desde esta perspectiva, el consumo de tabaco y alcohol se ha configurado en un problema que ha prendido las alarmas de los distintos sectores sociales y no solo el del sector salud ya que otros sectores como el político y el económico; se han visto afectados por esta epidemia que se expande en la población y de la que cada vez más, se conocen las consecuencias negativas que poseen en la salud de las personas y sus entornos. (Cogollo, 2013)

Es por esto que; múltiples esfuerzos de distintas entidades públicas y privadas en todo el mundo como hospitales, centros de salud, campañas políticas o entidades internacionales como la OMS y los distintos observatorios; han buscado establecer nuevas medidas basadas en metodologías y en avances científicos con el fin de, disminuir las consecuencias del consumo en la población. Sin embargo, estos esfuerzos en su mayoría se han visto frustrados puesto que, cada año un número significativo de niños y adolescentes empiezan a fumar o a consumir alcohol. (De Kirchner Cristina F, Manzur, Juan L. Diosque Máximo, Kosakoff Marina. 2012)

Las alteraciones hepáticas, pancreáticas y la aparición de actos violentos como es el caso del intento de suicidio u homicidio en el consumo de alcohol o alteraciones cardiovasculares, coronarias y diferentes tipos de cáncer en el consumo de tabaco; no son las únicas realidades a las que se exponen estos consumidores ya que el trasfondo económico a causa de las posibles pérdidas de productividad laboral y la aparición de discapacidad en la edad adulta conforman una situación compleja tanto para la salud pública como el dinamismo económico del país. (Vargas, 2001)

Esto ha hecho que, se despierte el interés por ahondar en este tema enfrentándose no solo a este consumo presente desde tiempos remotos sino además, al inicio cada vez más temprano de éste, el cual se muestra un

incremento en los adolescentes de 13 a 15 años de " 12,7 % en 1993, a 18 % en 1998, y de 29,8 % en 2001 a 34,0 % en 2007". (Cogollo, 2013)

Igualmente, mientras que, años atrás, más exactamente en ; la edad de inicio de consumo era hacia los 18 o 20 años, en estos últimos años ha habido una reducción sustancial de consumo de alcohol y tabaco hacia los 11 a 12 años (Pons J., Bejarano E., 2010) teniendo conciencia de que "inicio temprano del consumo multiplica casi por cuatro las posibilidades de desarrollar trastornos por consumo de alcohol frente a los que inician el consumo más tardíamente, con unos mayores consumos cuantitativos " (Jenkins, 2011; Blomeyer, 2011)

En diferentes países, el inicio del consumo de alcohol y tabaco se presenta de diferente manera. En un estudio realizado a 190 inmigrantes adultos latinoamericanos de Sevilla, España, para conocer la prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas se encontró que, la edad en la que inició con el consumo fue de 16.6 +/- 5.3 años en el caso del alcohol y de 17.6 años en el caso del tabaco. (González et. al, 2012)

En Paraguay, se realizó un estudio con pacientes que recibían tratamiento para la adicción del consumo de sustancias psicoactivas donde se demostró que el 46% de los participantes que habían consumido alcohol lo hicieron a la edad de 14 años. (Observatorio Paraguayo de Drogas, 2005)

Un análisis realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia (2011), sobre las tendencias de consumo de drogas de abuso e impacto en la salud del individuo en países latinoamericanos, entre los años de 2006 al 2010 encontró que en Brasil, la edad media de inicio de consumo de alcohol fue de 11.3 años siendo similar tanto para mujeres como para hombres con cifras de 11.2 +/- 1.3 años y 11.4 +/- 2.3 años respectivamente. En cuanto a la edad de inicio del consumo de tabaco en este mismo estudio encontró un promedio de 11 años +/- 1.5 años.

A nivel Nacional, un estudio realizado en la Ciudad de Tunja en el 2009 con niños entre los 12 y 18 años muestra que, el alcohol; es la sustancia con mayor

prevalencia e incidencia de consumo desde el rango de edad más inferior lo que lleva a pensar en un consumo previo a estos años. Igualmente; el tabaco se posesiona como la segunda sustancia de mayor consumo que, relacionada con el aumento desmedido de las enfermedades crónicas en la ciudad, se consolida como un factor de gran interés y significancia para la salud de la población. (Manrique, 2009)

De acuerdo al último estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional muestra que Bogotá tiene la mayor prevalencia de consumo, se han realizado múltiples estudios con el fin de identificar la edad de inicio de consumo de dichas sustancias en esta ciudad, encontrándose este consumo en la población comprendida entre 11 a 12 años. (Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud , & Observatorio de Drogas de Colombia , 2013)

Un nuevo estudio respecto a la edad de inicio del consumo de tabaco y alcohol desarrollado en Colombia por la Comisión Internacional para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), afirma que el consumo de estas sustancias es cada vez más a menor edad, de acuerdo a lo encontrado en la población entre los 13 y 17 años, edades que corresponden a la etapa de la adolescencia. (CICAD, 2013). Sin embargo, se ha encontrado que este consumo ya no es característico en esta etapa solamente sino que aparece desde la niñez, tal y como se evidencia en investigaciones realizadas por Grigoravicius y colaboradores, en donde se encuentra la presencia de consumo ocasional en niños en edades entre los 8 a los 12 años. (Grigoravicius M, Pandolfi. M, 2011) (Grigoravicius M, Iglesias A., Ponce P., García P.J. 2013).

Así mismo, la Pontificia Universidad Javeriana ha realizado varias investigaciones relacionadas con esta problemática debido a la gran importancia que tiene el desarrollo científico e investigativo para esta Institución. Dos de estas investigaciones encontraron que, la edad de inicio de consumo de alcohol es de 11.19 años (Barrios, 2004 citado por Cicua, D. Méndez, M & Muñoz, L 2008) y que para el 2010, el 18.9% de la población estudiada inició el consumo de alcohol y tabaco antes de los 10 años. (Aguirre, A & Mosquera, M. 2010).

Si se realiza una comparación entre los estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas, se puede encontrar una fluctuación en la edad de inicio ya que en el caso del alcohol, por ejemplo, el consumo promedio en 1996 fue de 15.9 años, en el 2008 fue de 17.09 años, en el 2011 de 12.44 años. En el caso del consumo de tabaco en 1996 fue de 16.7 años, en el 2008 de 16.9 años, en el 2011 de 12.4 años. (Augusto Pérez Gómez, 2008) (Moncada, 1997) (Ministerio de la Protección social,, 2011)

De acuerdo a lo anteriormente mencionado sobre la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco en niños; varios investigadores han buscado identificar cuáles son los factores que tiene relación con dicho consumo. Estos son algunos de ellos: Elisardo Becoña, psicólogo especializado en la prevención y tratamiento de conductas adictivas en España, afirman que existen una serie de factores de riesgo que influyen en que los niños menores de edad sean consumidores de tabaco y alcohol, entre los que encontramos los "factores sociales (aceptación y disponibilidad), psicológicos (rasgos de la personalidad, el aprendizaje) y biológicos (predisposición genética)" respectivamente (2007). Para el año de 2011, Senith Beleño en compañía de 5 expertos, realizaron una revisión de literatura en donde se pudo concluir que las familias con consumo de sustancias psicoactivas por parte de uno o más integrantes y antecedentes de alteraciones mentales de madre o padre tenían una mayor probabilidad de consumo en los hijos. (Begoña, 2007) (Beleño, 2011).

Una investigación realizada en la Universidad del Perú acerca de los factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados encontró que el consumo familiar de tabaco y la violencia física intrafamiliar se asocian con el consumo de esta sustancia en esta población. (Rabines, 2002)

Luz María Carvajal y Denise Andrade, en el año de 2005; encontraron en su investigación que los factores que contribuyen al consumo en los niños y adolescentes de 8 a 12 años son "el sexo, edad, nivel socio económico, padres fumadores y bebedores, hermanos mayores y amigos, rendimiento escolar,

trabajo remunerado y migración del país entre otros" en concordancia con lo expuesto por J. Baus en el 2002 y B. Tavares en 2001.

Otros factores de riesgo y factores protectores encontrados en 2002 por Luisa González y Karen Berger son los siguientes: la insuficiente autoestima, la falta de actividad física, la excesiva frecuencia de eventos sociales, presencia de amigos o pares fumadores y antecedentes del mismo consumo en la familia como factores de riesgo. Dentro de los factores protectores más significativos se encuentran el tener amigos y familiares que no consuman, una autoestima adecuada, alta frecuencia de actividad física y tener conciencia sobre los efectos devastadores que el consumo de tabaco provoca en la salud de los seres humanos. Dentro de la Teoría Cognitivo Social se reconoce que inmerso en el inicio del consumo de alcohol se encuentran tres factores de suma importancia: la influencia de modelos o ejemplos de vida, las experiencias que el individuo tengo con el alcohol y la influencia de los grupos de pares y las familias. (Pérez, 2011)

En el estudio realizado en Tunja en el 2009, a cerca de los factores relacionados con el consumo de alcohol y tabaco de 515 escolares de entre 13 y 18 años y la prevalencia de consumo en estas edades; se encontró que la presión social y cultural del consumo, conflictos de amigos y familiares, antecedentes familiares de consumo, antecedentes de inadecuado comportamiento escolar se asocian con el consumo de alcohol de estos niños. En el caso del consumo de tabaco; las rivalidades personales, las influencias sociales de amigos, compañeros y las disfuncionalidades académicas son significativas. (Manrique, et. al, 2009)

Como se puede evidenciar en esta concreta revisión de literatura uno de las clases de factores que más han llamado la atención de los investigadores en el consumo de drogas lícitas e ilícitas, son los factores familiares dado que, es el primer y más importante pilar en el proceso de socialización que actúa como ente transmisor de creencias, valores y hábitos que condicionan la probabilidad de generar la experimentación, el consumo o el abuso de estas sustancias. (Alfonso, 2009) (Parrado, 2011). Además, se ha demostrado que los

problemas desencadenantes dentro del grupo familiar se asocian con la adaptación psicosocial de todos sus integrantes y posible, aparición de un tipo de personalidad drogadicta (Manrique, 2009).

Dentro de los factores familiares que se han encontrado, varios autores los clasifican de la siguiente manera: Se encuentran los factores individuales, familiares y sociales (González-Calleja 1996; Caballero, 2005; Cortés, 2005; Pérez-Milena, 2010; 2012). Igualmente, otros factores familiares reportados por la literatura relacionados con el consumo de alcohol y tabaco por los niños son: el consumo de alcohol y drogas por parte de los padres, baja supervisión familiar, baja disciplina familiar, conflicto familiar, historia familiar de conducta antisocial, actitudes parentales favorables a la conducta antisocial, actitudes parentales favorables al consumo de drogas y bajas expectativas de los niños para el éxito y el abuso físico. (Becoña, 2007)

El psicólogo José P y colaboradores en España, en el año 2003; describen como factores familiares la estructura familiar, dinámica familiar, comunicación, disciplina, supervisión paterna y vinculación familiar están relacionados con el consumo de alcohol y tabaco de niños menores de 15 años. (Alfonso, 2009)

Otros criterios acerca de los factores familiares afirman que una mala comunicación entre Hijos/Padres (Comunicación Padre/ Madre/Hijo - Comunicación Hijo Padre - Comunicación Hijo/Madre) aumentan en un 63,25% el riesgo que los niños consuma alcohol y tabaco en edades menores de 12 años relacionando simultáneamente esta comunicación, con el conocimiento de las jerarquía y límites establecidos por los cuidadores inmediatos o por los progenitores durante la educación y desarrollo de los menores (Pedrao, 2011).

Con relación a lo anterior, se puede evidenciar que, el consumo de estas sustancias es cada vez a más temprana edad y las consecuencias negativas en la salud de la población se están presentando con mayor frecuencia en edades muy tempranas del ciclo vital. Sin embargo, son pocos los trabajos que se desarrollan con población entre 8 a 12 años, dado que en la mayoría de la literatura se ha enfocado en investigar el consumo en adolescentes y personas

mayores de los 13 años donde ya existe una instauración de consumo. (Becoña, 2012).

Es por esto que; como profesionales de enfermería, nos enfrentamos al reto de crear nuevos espacios en el ámbito profesional en los que los enfermeros sean los líderes en la creación y aplicación de nuevas estrategias enfocadas a la prevención del consumo de sustancias tanto ilícitas como lícitas, donde se incluye el alcohol y el tabaco, con la participación de un equipo de trabajo multidisciplinario que pueda intervenir desde la salud familiar con los menores y sus familias.

La Organización de los Estados Americanos,(O.E.A.) junto con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) crean unos lineamientos para intervenir en el consumo de sustancias psicoactivas en población escolar desde el enfoque de la Prevención ya que lo encuentran como una apuesta efectiva para el combate y la prevención del uso de drogas en la niñez y la adolescencia por medio de; una visión extensa, integral y humana capaz de construir intervenciones individuales y colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que debiliten los factores de riesgo o, en otras palabras, aquellos factores que promueven la exposición al consumo y simultáneamente, que fortalezcan los factores de protección que retrasan o impiden que este consumo se establezca aumentando así, la edad de inicio de consumo. (CICAD, 2013)

En este sentido, aunque existe un precario conocimiento científico y fundamentación teórica y tecnológica propia de la profesión, la enfermería se puede posicionar como líder en el tema ya que, posee toda la capacidad física, científica y tecnológica para generar estrategias acordes a las necesidades expresadas por estos grupos poblacionales desde el análisis del Modelo Crítico-Holístico en donde, desde una mirada multidimensional, se estudian a profundidad todos los elementos críticos del consumo desde la identificación de micro y macro determinantes que entran en interacción con esta problemática abriendo nuevos caminos críticos de exploración investigativa y científica. (Wright, 2002)

Por lo tanto, desde la visión de enfermería como disciplina surge la necesidad de realizar muchas más investigaciones respecto al consumo y los factores que intervienen no solo en la población adolescente sino en edades menores a los 12 años ya que, en estas edades, la experimentación y el modelamiento familiar configura un riesgo para la instauración del consumo y el futuro abuso del alcohol y el tabaco generando una mayor carga de enfermedad y discapacidad en población joven que alteraría la calidad de vida de las distintas sociedades. (Bandura, 1986) (Becoña, 2011) (Begoña, 2007)

Dado que se está presentado en consumo de tabaco y alcohol en edades más tempranas, la presente investigación se centra en los factores familiares (estructura y funcionalidad familiar) presentes en el consumo de alcohol y tabaco, en niños de 8 a 12 años escolarizados, dado a que hay escasos estudios de esta problemática en este grupo de edad y la familia como factor que influye en el consumo, de una institución educativa de Bogotá y Barrancabermeja.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores familiares presentes en el consumo de alcohol y tabaco en niños y niñas de 8 a 12 años de dos Institución Educativa de Bogotá y Barrancabermeja?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores familiares presentes en el consumo de alcohol y tabaco en niños de 8 a 12 años en dos Instituciones Educativas de Bogotá y Barrancabermeja en el año 2015.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el consumo de tabaco y alcohol personal y familiar de los niños de 8 a 12 años en dos colegio de Bogotá y Barrancabermeja en el año 2015.
- Identificar la estructura familiar de los niños que consumen alcohol y tabaco en dos colegio de Bogotá y Barrancabermeja en el año 2015.
- Identificar la funcionalidad de las familias de los niños de 8 a 12 años que consumen alcohol y tabaco en dos colegio de Bogotá y Barrancabermeja.

4.3 PROPÓSITOS

- Aportar a la línea de investigación salud al niño de la facultad de enfermería en la identificación de los factores familiares asociados al consumo de alcohol y tabaco en este grupo poblacional.
- Motivar a los profesionales de enfermería en la prevención de alcohol y tabaco a través del enfoque de la salud familiar en este grupo de edad.
- Fortalecer el conocimiento acerca del consumo de alcohol y tabaco en esta población con el fin de incentivar a la investigación sobre los factores familiares relacionados y la prevención.

- Socializar los resultados obtenidos en la investigación con la institución educativa a intervenir junto a los participantes.

5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Consumo: Según la OMS (2008); el consumo se define como la administración de una sustancia psicoactiva. Para la presente investigación se entiende por consumo, el uso de alcohol y tabaco al menos una o más veces en la vida y durante los últimos 30 días.

Alcohol: Se entiende por alcohol aquella bebida en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida y que su concentración sea igual o superior al 1% de la concentración de la bebida, (Carne Maya Garcia, Amparo Sanchez Mañez, 2007). Para la presente investigación se considera como bebida alcohólica, cerveza, aguardiente, chinchin, chicha, cualquier tipo de vino, tequila, ron, vodka, whisky y coctel con algún grado de alcohol y cualquier tipo de sustancias que los niños refieran o identifiquen como alcohol en su cotidianidad como, por ejemplo; “trago”, “guaro”, etc.

Tabaco: Son todos los productos elaborados total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. (OMS, 2008) Para el siguiente estudio se considerará como tabaco, al cigarrillo y cualquier sustancia que el menor asemeje o identifique como tabaco como lo es, por ejemplo; “pucho”, “cachito”, etc.

Factores familiares: Son todos aquellos factores que interviene en el funcionamiento y adopción del rol de los individuos de una familia, tales como la estructura familiar, la historia parental del consumo del alcohol y otro tipo de drogas, prácticas de crianza parental. (Karina Diaz, 2012) En esta investigación, los factores familiares se refieren a la estructura, dinámica y funcionalidad familiar de los niños entre los 8 y 12 años que consuman tabaco y/o alcohol y este mismo consumo en uno o más integrantes que conviven con él.

6. MARCO TEÓRICO

A continuación se va a presentar el contenido relacionado con el consumo de drogas a nivel nacional y mundial, se abordara el consumo de alcohol y tabaco, la edad de inicio del consumo, los factores asociados al consumo y el rol del profesional de enfermería en relación con el consumo de alcohol y tabaco.

6.1 CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

El consumo de alcohol y tabaco está inmerso en todas las sociedades del mundo, el cual ha llegado a las diferentes clases sociales sin importar raza, color, lengua, género o estrato socioeconómico. Respecto al tabaco se presume que los primeros en comercializar esta sustancia a través de las américas y los diferentes puertos inmersos en el territorio, fueron los mayas aproximadamente 200 años A.C, quienes tenían relaciones comerciales marítimas ofreciendo productos como cacao, heneque, cikor lo que significaba tabaco en lengua maya (LLORCA, 2006).

Para los años 90, el consumo de tabaco ya había prendido las alarmas internacionales en materia de salud, puesto que para la época ya se reconocían los efectos nocivos que poseía en la salud de las personas que lo consumían y de aquellas personas que aunque no lo hicieran, compartían espacios en los que el tabaco estuviese presente, (Chaparro Narváez, 1998-2011).

En el año 2000, aproximadamente 4 millones de personas murieron en todo el mundo como consecuencia de enfermedades desarrolladas por el consumo de tabaco, desde esta perspectiva las proyecciones realizadas para el año 2030 estiman que esta cifra aumentara paulatinamente posicionándose para ese año en 10 millones de muertes. (Otero, 2004) Respecto a esto, la organización mundial de la salud establece que “el tabaco es una de las

mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo” dado que este consumo mata aproximadamente a 6 millones de personas al año, de los cuales 6 millones son consumidores directos y 600 mil son no fumadores expuestos al humo (OMS, Tabaco , 2014)

Otro estudio afirma que para los años comprendidos entre 2014 - 2020, el consumo de tabaco será el causal de 5 millones de muertes a nivel mundial con una proyección de discapacidad e invalidez poblacional de un 4.2%, poniendo en riesgo a más de 700 niños a nivel mundial como consecuencia de la exposición a esta sustancia en sus hogares y en los diferentes entornos sociales (Monteverde, 2013).

La OMS establece que casi el 80% de los fumadores en todo el mundo viven en países de ingresos económicos medios y bajos, en los que las tasas de mortalidad y discapacidad se asocian principalmente al consumo de tabaco, aumentando el costo de la atención en salud para las familias y los diferentes estados del mundo dado que aumenta las tasas de discapacidad y enfermedades crónicas presentes en la población. (OMS, Tabaco , 2014), este fenómeno está dado ya que desde los años sesenta, la producción global de tabaco ha aumentado significativamente en los países de bajo y mediano recursos, reduciéndose esta producción en un 50 % en los países desarrollados (Monteverde, 2013).

En la actualidad el uso nocivo de alcohol es considerado como el tercer factor de riesgo para la salud pública, dado que contribuye significativamente a la carga mundial de mortalidad y discapacidad prematura en adultos jóvenes cada vez a menor edad de lo observado a través de la historia. Igualmente se estimó que para el año 2004, el uso de alcohol fue responsable de 3.8% de la mortalidad mundial, siendo aproximadamente 2.5 millones de personas para el año 2004 quienes mueren como consecuencia del consumo de esta sustancia, acrecentando el daño especialmente en la población comprendida entre los 15 y 29 años. (OMS, Problemática del alcohol , 2014) Posteriormente, en el año 2014 la organización mundial de la salud establece que cada año mueren en el mundo 3.3 millones de personas como consecuencia del abuso de alcohol

representando un 5.9% de todas las defunciones a nivel mundial; identificando que, el consumo de alcohol en la actualidad se ha convertido en causal de defunciones y discapacidad en edades cada vez más tempranas al ser causa de más de 200 enfermedades y trastornos padecidos por los individuos consumidores, aumentando la relación en el abuso de alcohol y la incidencia de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual con mayor prevalencia del VIH/SIDA (OMS,2014).

De acuerdo al Mapa mundial del Ministerio del Interior y Seguridad Pública del Gobierno de Chile, las cifras del consumo de drogas legales como es el caso del alcohol y el tabaco, presentan una prevalencia realmente significativa en comparación a las sustancias ilícitas las cuales son 10 veces inferiores a la prevalencia de consumo de drogas lícitas. Durante el año del 2012, teniendo una prevalencia del 40% al igual que el consumo episódico de alcohol que es ocho veces superior al consumo problemático de drogas ilícitas. Los países Latinoamericanos se han visto afectados por la problemática de las drogas, dicha problemática está dada por los diversos cambios económicos, políticos y procesos sociales ocurridos al interior de cada país, evidenciándose el caso de Colombia donde se pasó de ser uno de los países pioneros en la producción de las drogas para convertirse en la actualidad en consumidores potenciales. (Musitu & Jiménez, 2007)

A nivel mundial, dentro de los factores más riesgosos del mundo, según la OMS, se encuentra el tabaquismo en segundo lugar y el consumo de alcohol en octavo lugar ocasionando 5.1 y 2.3 millones de muertes respectivamente en el 2004. Del total de estas muertes, el 70% de los hombres y el 30% de las mujeres mueren a causa del tabaco y 86.2% de los hombres y 13.8% de las mujeres a causa del consumo del alcohol. Los países que presentan las estadísticas más alarmantes desde décadas anteriores en cuanto al consumo de alcohol y tabaco y su prevalencia; son los países de Estados Unidos, Europa, Australia y Nueva Zelanda. Aunque en Europa se presentó un aumento en la producción de las bebidas alcohólicas entre las décadas de los 50`s y 80`s y recientemente se ha disminuido paulatinamente; países como Portugal, Alemania y España venden estos productos a un bajo costo lo que

sirve como estímulo para su consumo. (Antón, 1998); Para 1988, en Estados Unidos, el 51.4% de la población norteamericana fueron considerados como bebedores frecuentes consumiendo un 27% de ellos, más de tres veces por semana.

En cuanto al tabaco, a comienzo de los años 90`s, la prevalencia del consumo de cigarrillo, de acuerdo al género en población mayor de 15 años, se encontró distribuida, de mayor a menor prevalencia, por los países occidentales del pacífico con un 60%, los países del sudeste de Asia con un 46% Y los Del Oriente del Mediterráneo y Américas con un 35% para el género masculino. Para el género femenino se encuentra en primer lugar el Sudeste de Asia con un 26%, las Américas con un 22% y los países occidentales del Pacífico con un 8%. En general, en los países más desarrollados se encuentra unos porcentajes de prevalencia de consumo de cigarrillo de 42% para la población masculina y un 24% para la femenina; en comparación a los países menos desarrollados con un 48% y un 7% respectivamente. (OMS, Tobacco or health: A global Status Report , 1997)

El consumo de alcohol y tabaco son similares en algunos aspectos como en lo referente a la legalidad, siendo disponible y accesible su venta en la mayoría de países del mundo y aunque ha disminuido su consumo en los países desarrollados durante los últimos años, siguen ascendiendo sus cifras en los países tercermundistas especialmente en los países de la Región del Pacífico Occidental donde el consumo per cápita es de 5 a 9 litros de alcohol siendo impulsados, en gran medida por los países asiáticos. Los países con menor consumo en el mundo son los de África, Mediterráneo Oriental y el Sudoeste de Asia. (OMS, Tobacco or health: A global Status Report , 1997)

De acuerdo con las prevalencias de consumo de tabaco, en población mayor de 15 años de acuerdo al sexo, se encuentran un consumo mayor en los hombres que en las mujeres alrededor de todo el mundo y unas variaciones de gran importancia ya que; en África existe un 17.7% de varones y un 2.8% de mujeres consumidores, en las Américas un 26.8% de varones y un 17% de mujeres consumidores, el Mediterráneo Oriental un 32% de hombres y un

4.4% de mujeres consumidores, en Europa un 44.6% de hombres y un 24.3% de mujeres consumidores, el Sudeste Asiático un 39.4% de varones y un 4.6% de mujeres fumadoras y el Pacífico Occidental con un 56.5% de hombres y un 4.8% de mujeres consumidores. (Salud O. M., 2006)

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones, en el 2008, se encuentra un porcentaje de fumadores activos de 11.3% en población rural y en la urbana de 20.4% entre las edades de 12 a 65 años, encontrándose también, grandes diferencias entre cada estado en cuanto a la media nacional de abuso-dependencia de alcohol. (ENA, 2008) En el 2011, 5.2 millones de mujeres se registraron como fumadoras activas con número promedio de 5.6 cigarrillos diarios. En la población adolescente las cifras se han elevado, ya que mientras que en el 2002 el porcentaje de mujeres fumadoras era de 3.8%; en el 2011 el porcentaje fue de 8% duplicándose esta magnitud. Sin embargo, el porcentaje de hombres aunque no se ha igualado con el de las mujeres, se ha ido disminuyendo por lo menos un 7.7% entre el 2002 y el 2011. En cuanto al Alcohol, el 71.3% de las personas entre los 12 y los 65 años han consumido alcohol alguna vez en su vida siendo mayor en hombres que en mujeres. (ENA, 2011)

En Estados Unidos, la prevalencia de consumo en adolescentes ha disminuido significativamente ya que pasó de 36.4% en 1997 a 19.5% en el 2009 en comparación a la población adulta que disminuyó de 24.7% en 1997 a 20.6% en 2009. (Drogas, 29011)

En España, el consumo de alcohol y tabaco en el 2009 fue de 78.7% y 42.8% respectivamente. De estos datos, el 30.4% fuma diariamente y un 10.2% consume alcohol todos los días. Sin embargo, se ha encontrado una disminución en estas cifras más especialmente, en el consumo de tabaco en población entre los 15 y los 34 años mientras que las cifras de alcohol siguen en aumento. (Taberné, 2013)

Para el caso de América Latina, un 6 a 8% de la población mayor de 12 años presentaba dependencia al alcohol y un 12% consumían alcohol excesivamente. Las complicaciones hepáticas que acarrea el abuso del alcohol

como la mortalidad por cirrosis hepática se presentó en gran dimensión en Puerto Rico, Chile y México; caso contrario de los países como Uruguay y Argentina. (Salud O. P., 1998)

Las Américas tienen el segundo consumo per cápita más alto de alcohol con 8.4 litros de alcohol consumido anualmente, seguido de Europa que consume 10.9 litros por año. (WHO, 2004) En promedio, cada persona mayor de 15 años del mundo bebe al año 6,2 litros de alcohol siendo un 38.3%, personas no consumidoras implicando un consumo promedio de 17 litros de alcohol puro anual. El 22% de las personas tienen un consumo de alcohol periódico en las Américas siendo el promedio mundial de este consumo de 16% lo que nos evidencia un alto consumo de este tipo en esta parte del mundo.

Por otro lado, en cuanto a la abstinencia de por vida, las Américas tienen el porcentaje más bajo con un 18.9% en comparación con el 48% del promedio en general. La cerveza es la bebida alcohólica más consumida por la mayoría de la población con un 55.3%. Las tasas con mayor consumo per cápita en las Américas son: Cuba con 5.2 litros por año, Nicaragua con 5 litros por año, Jamaica con 4.9 litros por año, Honduras con 4 litros por año, Guatemala con 3.8 litros por año y El Salvador con 3.2 litros por año. (OMS, 2014). Caso similar se encuentra con el tabaco, ya que su consumo se ha extendido en los países en vías de desarrollo y en el género femenino pues, mientras que en los países primermundistas el 50% de los hombres son fumadores y el 9% son mujeres; en los países tercermundistas el 35% de los hombres y el 22% son consumidores. (WHO, 2004)

En el caso de Suramérica, un informe realizado por la ONUDD y la CICAD en el 2008 sobre el consumo de drogas, en población de 12 a 65 años, en los países de Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Argentina y Uruguay muestra, con referencia al consumo de tabaco que, la prevalencia de consumo de tabaco por parte de los hombres es la más baja de estos países con un 19% junto con Ecuador que tiene una prevalencia de 26% y Perú de 30%. Caso contrario a la prevalencia de consumo en las mujeres que es superior a la Perú con un 9.8% y la de Ecuador de 7.1% acercándose a cifras más altas como las de Bolivia

con un 14.9%. En el caso del consumo en el último mes de las personas entre los 35 a 64 años, Colombia es uno de los países con un bajo consumo ya que aunque con un 19% supera a Perú con un 16.5%, es inferior a los demás países; caso similar en población entre los 15 a 34 años donde posee el menor porcentaje (18%). (ONUDD-CICAD, 2008)

En el caso del consumo de alcohol, la prevalencia de consumo en el último mes en las edades de 15 a 64 años, el país colombiano alcanza un 37.2%, cifra que es superada por 4 países pero mayor que Ecuador y Perú con un 33% y un 36.6% respectivamente. Según el sexo, la prevalencia de consumo de los hombres es la menor de todos estos países con un porcentaje de 50.1% comparado con la prevalencia de consumo en las mujeres en donde su porcentaje es mayor a Ecuador mostrando una similitud con Perú y estando por debajo del porcentaje de los demás países. Por edad, en Colombia, la población entre 15 a 34 años, el consumo observado es de 42% en relación con los demás países donde oscilan porcentajes entre 36% a 59%, similar al grupo de 35 a 64 años donde el porcentaje de Colombia de 32% solo supera a Ecuador con un 31% lo que muestra el bajo consumo que tiene. (ONUDD-CICAD, 2008)

El tabaquismo y el alcoholismo como conducta adictiva aceptada socialmente en comparación con las drogas ilícitas, es una de las fuentes de ingreso tributario en varios países a la cual no se ha dado respuesta en intervenciones específicas que prevengan, disminuyan y controlen su consumo.

En Colombia, un país en vía de desarrollo, el panorama no es muy distinto ya que se ha notado un aumento en la incidencia y prevalencia del consumo de tabaco especialmente, en la población adolescente quienes han sido, foco de interés para grandes tabacaleras que conocen de antemano, la gran exposición que el entorno les proporciona para su consumo. Para los años de 2008 y 2009, la prevalencia general de consumo de tabaco era de 20% del cual, un 15 a 30% correspondían al consumo la población menor de 20 años, cifra que aumenta de generación en generación. (saludable, 2009)

El Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el año 2003 identifica la prevalencia de trastornos mentales relacionado con el consumo de sustancias en un 10.6% de los casos en el país, siendo el consumo de alcohol la principal sustancia causal de dichos trastornos con un 6.7% , concluyendo que uno de cada 15 colombianos ha probado y abusado de sustancias alcohólicas, teniendo en cuenta los casos reportados por genero el mismo estudio identifico que 1 de cada 10 hombres han abusado del alcohol a diferencia de las mujeres en la relación se establece de que por 80 mujeres que consumen una ha abusado de esta sustancia (Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003).Se han realizado varios estudios sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el país. Uno de ellos fue el Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Colombia del 2009, donde se pudo evidenciar que un 45% de los colombianos habían consumido tabaco alguna vez en su vida, un 34% de ellos eran mujeres y un 56% hombres, de los cuales, el 17% eran considerados como consumidores activos ya que habían consumido en el último mes. Por edades se encontró que, el 6% del consumo era por la población menor de 18 años incrementando hasta un 20% en las edades posteriores. (Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la protección social, & Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009)

Del consumo de alcohol se reportó que, un 86% de la población había consumido estas sustancias por lo menos una vez en su vida de los cuales el 35% había consumido en los últimos 30 días; 25% en el caso de las mujeres y 46% para los hombres. De acuerdo a la edad, un 20% de adolescentes entre los 12 y 17 años son consumidores de tabaco aumentando hasta el doble en edades próximas, arribando a los porcentajes de 46% y 43% en población de 18 a 24 años y de 25 a 34 años respectivamente. (Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la protección social, & Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009)

En el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar, realizado en Colombia en el 2011, con 92.929 escolares entre 11 y 18 años, se encontró que; el 24.3% de los encuestados había consumido algunas vez en la vida tabaco consumiendo un 28% de hombres y un 21% de mujeres.

El consumo en los últimos 30 días de esta misma sustancia tuvo un porcentaje del 10% con un consumo de los hombres de 11.9% y de las mujeres de 7.9%. (Observatorio de Drogas de Colombia, y otros, 2011)

En relación con la edad, un 2.8% de los escolares entre 11 y 12 años refirieron haber consumido tabaco durante los últimos 30 días llegando hasta un 17.4% en los alumnos de 16 a 18 años en comparación al consumo de alcohol donde, el 40% de los estudiantes entre 11 y 18 años consumieron tabaco durante el último mes, constituyéndose como la sustancias de mayor consumo. (Observatorio de Drogas de Colombia, y otros, 2011)

Este informe del 2011, en comparación con el realizado en el 2004, muestra un descenso tanto en el consumo de alcohol pasando de 49% a 44% como en la prevalencia de uso de tabaco al menos una vez en la vida que pasó de 44.3% a 28.1% y así mismo y el consumo del mismo en el último año, que tuvo una reducción de casi la mitad, al pasar de 21.8% a 11.6%.

En el último informe del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas desarrollado en Colombia en el año 2013 se identifica un mayor consumo ya que, el 42.1% de las personas encuestadas afirman haber fumado tabaco alguna vez en la vida, siendo el 53.6% en hombres y solo un 31.2% de las mujeres, de ese 42.1% el 12.9% refiere haberla consumido en el último mes estableciéndose que de las personas que fumaron tabaco en los últimos 30 días 18.8% son hombres y un 7.4% son mujeres, estableciendo para Colombia un aproximado de tres millones de fumadores para el año 2013. (Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud , & Observatorio de Drogas de Colombia , 2013)

Respecto al consumo de alcohol, el mismo estudio identificó que el 87% de los encuestados afirma haber consumido alguna vez en la vida y el 35.8% refiere haberlo hecho en los últimos 30 días lo que representa 8,3 millones de personas consumidoras en todo el territorio nacional, de los cuales 2.5 millones de personas en Colombia presentan un consumo considerado riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas lo que representan el 31% de los

consumidores de alcohol del último mes y al 11.1% de la población de 12 a 65 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013)

Al considerar, a nivel departamental y de sus principales ciudades, el Estudio de sustancias psicoactivas en población escolar realizado en el 2011, se puede evidenciar que Bogotá es la ciudad con mayor prevalencia en el último mes de tabaco seguido de Caldas con un 13.16% y Risaralda con un 11.81%; porcentajes que disminuyen considerablemente en Guajira con un 2.22%, San Andrés con un 1.79% y Chocó con 1.12%, ciudades con los más bajos porcentajes de prevalencia. (Observatorio de Drogas de Colombia, y otros, 2011)

Con respecto a la prevalencia en los últimos 30 días de alcohol, es Caldas con un 48.56% la ciudad con mayor porcentaje, seguido de Bogotá con un 48.02% y Risaralda con un 47.35% reduciendo estos porcentajes, a un poco menos de la mitad, en las ciudades que tienen una menor cifra de consumo como la Guajira con 25.25%, Magdalena con 24.56% y Sucre con 24.12%. (Observatorio de Drogas de Colombia, y otros, 2011)

En el estudio de sustancias psicoactivas del 2013; se encuentra a Medellín y su área metropolitana con la mayor prevalencia de consumo de tabaco con un 19.5% seguido de Bogotá con un 17% y Cundinamarca con un 16%. Los dominios departamentales con menor prevalencia son César con 5.08%, Córdoba con 5.3%, Atlántico con 6.24%, Valle con 6.47%, Guajira con 6.55% y Chocó con 6.9% oscilando los demás departamentos entre 11% y 14%. De acuerdo al tipo de urbanización de cada dominio departamental, se puede evidenciar que los mayores porcentajes de prevalencia se presentan en las zonas con mayor número de habitantes mostrando un aumento de gran significancia en los departamentos con más de 1'000.000 de habitantes.

En cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, los dominios departamentales con mayor prevalencia son Chocó con 44.6%, Boyacá con 40.5% y Medellín con 40.4% con un promedio departamental en

general de 35.77%. Dentro de los dominios departamentales con menor prevalencia de consumo se encuentra a Cauca con 23.4%, Nariño con 24.3%, Córdoba con 26.6% y Guajira con 28.8%. Con respecto a la distribución urbana, ocurre con la prevalencia de consumo de alcohol, lo mismo que con el tabaco ya que los dominios departamentales con mayor número de habitantes son los que mayor prevalencia de consumo tienen estando en los primeros lugares Bogotá, Medellín y área Metropolitana, Cali y Yumbo, Barranquilla y Soledad; oscilando las demás zonas entre el 31% y 39%. (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013)

En Bogotá, de acuerdo al Estudio Distrital sobre el consumo de sustancias psicoactivas 2013, las bebidas de mayor consumo, son las bebidas alcohólicas, el tabaco la marihuana, la pasta de cocaína, el éxtasis y la cocaína. El 88% de la población Bogotana de 12 a 65 años han consumido alguna vez en su vida alguna bebida alcohólica y un 36% lo ha hecho en el último mes, manifestándose en un 49% en los hombres y un 24% en las mujeres.

Así mismo, se reporta la prevalencia de consumo actual según la edad, en donde el grupo de 12 a 17 años tiene el menor porcentaje con 20.77% posesionándose en los primeros lugares los grupos de 18 a 24 años y de 25 a 34 con 47.58% y 46.93% respectivamente.

Con relación al consumo en las localidades que conforman la ciudad; las zonas con una mayor población de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol son, en primer lugar, las localidades de Santafé, Los Mártires y La Candelaria con un 14.7% seguidas de Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Antonio Nariño con un 12.54%. (Secretaría Distrital de Salud, UNODC, Ministerio de Protección Social, CICAD, & Dirección Nacional de Esupefacientes, 2009)

Respecto al presente uso de cigarrillo y tabaco, Bogotá se encuentra como la ciudad con mayor consumo nacional comparado con el promedio nacional de 17.06% ya que presenta un porcentaje de 22.85%. De este porcentaje, el 54.4% de las personas encuestadas refieren haber consumido alguna vez en la vida estas sustancias de las cuales, el 44% son mujeres y el 66% son hombres.

En cuanto al consumo actual de cigarrillo de acuerdo a la edad se puede encontrar que el menor consumo se da en los jóvenes de 12 a 17 años con una prevalencia de consumo del último mes de 9.61 en comparación con los grupos de 18 a 24 años y de 25 a 34 años donde se encuentra una prevalencia de 29.13% y 29.65% respectivamente que puede representar una prevalencia de consumo en edades inferiores. (Secretaria Distrital de Salud , UNODC, Ministerio de Protección Social, CICAD, & Dirección Nacional de Esudefacientes , 2009)

En cuanto al consumo de tabaco y cigarrillo durante el último mes, se encuentra a un 23% de consumidores activos de los cuales el 14.6 son mujeres y el 32% son hombres que representa 1.2 millones de fumadores en el Distrito Capital. Las localidades que se registran con las más altas prevalencias de consumo de cigarrillo y tabaco son Suba, en primer lugar, con 42.3% seguido de Usaquén con un 41% hasta llegar a los porcentajes más bajos de 29% y 31% de las Localidades de Usme y Ciudad bolívar respectivamente. (Secretaria Distrital de Salud , UNODC, Ministerio de Protección Social, CICAD, & Dirección Nacional de Esudefacientes , 2009)

6.2 EDAD DE INICIO DEL CONSUMO

La experimentación y el consumo de sustancias que alteran o modulan la conducta humana, ha sido una práctica comúnmente utilizada por población joven y adulta como sinónimo de diversión y ocio, buscando vinculación grupal y un estatus social terminado por algunos patrones sociales establecidos en algunos grupos, principalmente de pares, igualmente existen otros tipos de razones por los que las personas experimentan en estas sustancias consideradas iniciativas, como lo es el alcohol y tabaco, el cual puede evolucionar a largo plazo generando el interés de buscar nuevas sustancias cada vez más fuertes, dichas situaciones están relacionadas con el auto concepto personal , alteraciones en las dinámicas sociales (familia – trabajo), entre otros aspectos, situado la experimentación y el consumo de estas

sustancias precozmente en la adolescencia de las personas (Moral Jimenez Maria De La Villa, 2009).

Respecto a esto estudios desarrollados en diferentes países del mundo han buscado identificar cuál es la edad promedio en la que se inicia el consumo de alcohol y tabaco, los cuales se han establecido como las sustancias de mayor acceso por parte de las personas en los diferentes mercados y que responden a la estrategia perfecta para que una persona incurriere en el mundo de las drogas lícitas y posteriormente en las ilícitas, hay que aclarar que la identificación de la edad de inicio del consumo puede tener un efecto importante en la prevención del consumo y la disminución en la carga de enfermedad poblacional que experimentan actualmente las diferentes naciones del mundo siendo estos cada vez más altos gracias al reducimiento de la edad respecto a la experimentación y el inicio del consumo. (Cogollo, 2013)

Respecto a esto la Encuesta mundial de consumo de tabaco en jóvenes estudiantes en edades entre 13 a 15 años demostró que aproximadamente 9,5 millones de adolescentes fuman (Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health, s.f.), lo que nos indica que el inicio del consumo se ha establecido en edades más tempranas.

Para el año 2007 en Estados Unidos De América, más de 3 millones de adolescentes entre edades de 12 y 17 años de edad reportaron haber consumido tabaco y alcohol, estableciéndose con mayor prevalencia en edades menores, identificando que el consumo de tabaco en este grupo poblacional no solo es el resultado de las influencias psicosociales tales como presión de compañeros, amigos, sino también por razones biológicas de vulnerabilidad frente al manejo de ciertas situaciones inmersas en las diferentes realidades en las que ellos se desarrollan, entre las que encuentran la familia y la forma en la que se identifican y/o relacionan con la misma (National Institute on drug abuse, 2007).

En España un estudio desarrollado por la universidad de Oviedo y la universidad Valladolid, España a cargo de María de la Mareal Jiménez y

Anastasio Ovejero respectivamente, tuvo como objetivo ofrecer un perfil diferencial de consumo en función de los niveles de edad, en 755 estudiantes de educación secundaria de la institución educativa Principado de Asturias con edades entre 12 y 18 años, demostrando que 389 alumnos han consumido tabaco, de los cuales el 5.4%(39 personas) lo hicieron antes de los 11 años, 3.5% (25 personas) a los 11 años y el 8.4% (60 personas) lo hicieron a los 12 años, respecto al alcohol dl total de la muestra 557 consumen alcohol , de los cuales el 8.3 % (52 personas) lo hizo antes de los 11 años, el 3.8 % (27 personas) a los 11 años y 10.7% (76 personas) a los 12 años, como se muestra a continuación en la tabla.

Tabla 1. Experimentación con Sustancias Psicoactivas (primer consumo y edad de inicio

TABLA 2
Experimentación con sustancias psicoactivas (primer consumo y edad de inicio).

| EXPERIMENTACIÓN CON SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | NO | | SÍ | |
|---|------|-------|------|-------|
| | % | n | % | n |
| Has probado alguna vez estas sustancias? | | | | |
| TABACO | 45.4 | (323) | 54.6 | (389) |
| ALCOHOL | 20.5 | (155) | 78.2 | (557) |
| CANNABIS | 79.4 | (565) | 20.6 | (146) |
| ANFETAMINAS | 87.8 | (625) | 12.2 | (87) |
| SOMNÍFEROS | 98.0 | (698) | 2.0 | (14) |
| PEGAMENTO | 97.9 | (697) | 2.1 | (15) |
| HEROÍNA | 99.7 | (710) | 0.3 | (2) |
| COCAÍNA | 99.4 | (708) | 0.6 | (4) |

| EDAD DE LA PRIMERA EXPERIMENTACIÓN | Tabaco n % | Alcohol n % | Cannabis n % | Anfetaminas n % |
|------------------------------------|---------------|----------------|-----------------|--------------------|
| < 11 años | 39 5.4 | 52 8.3 | 3 4 | |
| 11 | 25 3.5 | 27 3.8 | 1 1 | |
| 12 | 60 8.4 | 76 10.7 | 8 1.1 | 1 .1 |
| 13 | 87 12.2 | 128 18.0 | 19 2.7 | 5 7 |
| 14 | 97 13.6 | 138 19.1 | 52 7.3 | 29 4.1 |
| 15 | 51 7.2 | 75 11.1 | 32 4.5 | 26 3.7 |
| 16 | 23 3.2 | 54 7.5 | 26 3.7 | 22 3.1 |
| 17 | 5 7 | 8 1.1 | 5 7 | 2 3 |
| 18 | 2 3 | 2 3 | 1 1 | 2 3 |
| No han consumido | 323 42.8 | 148 19.7 | 565 79.4 | 625 87.8 |

Fuente: Jiménez María de la Villa & Ovejero Anastasio, Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad.

Otro estudio realizado en España el tuvo como principal objetivo describir cual es la situación del consumo de tabaco en España y la implantación del hábito

en niños de 10 a 18 años con una muestra de 8429 alumnos de 204 establecimientos educativos, de los cuales 6,4% son niños y 4,7% son niñas que afirma haber consumido tabaco a los 10 años, entre los niños de 11 años se identificó que el 10.1% afirman haber consumido tabaco en esta edad, observando un aumento significativo en los niños de 12 años con un 22.7% de consumo (Mendoza & López Pérez, 2007)

Otra investigación realizada en Guanajuato, México con niños de 6 a 7 años de una escuela primaria identifico que el 30.6% de la población estudiada ya había consumido cerveza en su vida y que el 8,1% había consumido tabaco, es importante destacar que el 77% de la población afirma que en sus casas los padres fumaban y el 25% de los hogares los padres ingerían alcohol (García Campos & Carvalho Ferriani, 2006) (Grigoravicius & Pandolfi, 2011) (Grigoravicius Marcelo, 2013)

En Colombia y en países de América latina se ha observado un significativo descenso en la edad de inicio del consumo de cigarrillo estableciéndose para el año 1996 en la edad media de 15.9 años disminuyendo progresivamente para el año 2001 en la que se identificó que el consumo ya se realizaba en edades de 12.9 años. (Observatorio de drogas de Colombia, 2001).

En el estudio de sustancias psicoactivas en población escolar de 2011, se pudo observar que la edad promedio del primer uso de tabaco en esta población fue de 12.4 años siendo muy similar entre cada sexo, 12.3 años en los hombres y 12.5 años en las mujeres. Se encuentran, en el caso de la edad de inicio para el uso del alcohol, similares cifras ya que; el 63.4% de los escolares que consumieron alcohol por lo menos una vez en su vida, tienen un promedio de edad de inicio de 12.4 años siendo el promedio de hombres de 12.31 años y de las mujeres de 12.56 años. (Observatorio de Drogas de Colombia, y otros, 2011) ESTUDIOS DE PUJ

En el Estudio sobre el consumo de sustancias Psicoactivas en Colombia en el año de 2013 donde la población de muestra fue de 12 a 65 años se encontró que, la edad de inicio de consumo de tabaco es de 16.26 años para los

hombres y 17.74 para las mujeres con un promedio total de 16.82 años. En el caso de la edad de inicio del alcohol, la edad promedio de los hombres es de 16.17 años y de las mujeres de 18.47 años con un promedio en general de 17.31 años. (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013) ESTUDIOS DE PUJ

En el Distrito Capital, el promedio general de la edad de inicio de consumo de alcohol es de 16.8 años siendo de acuerdo al sexo de, 15.6 años para los hombres y 17.7 años para las mujeres. En el caso tabaco y cigarrillo, la edad de inicio promedio de consumo de tabaco es de 16.6 años siendo por sexo, 15.9 años para los hombres y 17.3 años para las mujeres. (Secretaria Distrital de Salud , UNODC, Ministerio de Protección Social, CICAD, & Dirección Nacional de Esupefacientes , 2009)

De acuerdo al ministerio de la protección social de la república de Colombia la edad promedio de inicio del consumo para los hombre es de 10 años y mujeres de 11 años, estableciendo que el 23% de los jóvenes entre 7 y 12 años realizan consumo frecuente y un 4% lo hace varias veces por semana (Ministerio de la Proteccion social,, 2011) Respecto a esto, un estudio realizado por Melo Hurtado y Nascimento, 2010, el cual poseía el objetivo de explorar los conceptos de autoeficacia y actitudes hacia el consumo identifico que la edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco se posiciono entre las edades de 10 a 13 años (Melo Hurtado & Castanheira Nascimento, 2008) lo que representa un gran reto social en nuestro país, dado que en cuanto menor sea la edad de inicio del consumo mayor será la carga de enfermedad y discapacidad expresada por la sociedad en el futuro.

6.3 FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DEL CONSUMO

Inmersas en estas investigaciones se encuentra diversos factores que influyen en que los niños y niñas consuman alcohol y tabaco en edades tempranas, respecto a esto ICAP (Internacional Center For Alcohol Policies) afirman que existen 4 tipos de factores que intervienen en la experimentación con

sustancias como el alcohol y el tabaco, dichos factores son la predisposición genética, las características individuales de las personas, los factores sociales y económicos y la determinación ambiental, en base a esto a nivel internacional se han creado múltiples programas enfocados a la prevención del consumo, especialmente de alcohol y tabaco, los cuales poseen un fundamento muy completo para su aplicación, sin embargo son pocos los programas que establecen la relación con la familia y a las dinámicas inmersas en ellas, para el establecimiento de las rutas de acción y trabajo con la población.

Respecto a esto David Hawkins en el año 1992 describe que para que una persona experimente con drogas deben existir uno o varios factores de riesgo para que esta conducta se acentúe en su conducta y se convierta en consumidor, dichos factores de riesgo se expresa en la tabla 2.

Tabla 2. Factores de Riesgo

| |
|---|
| <p>Genéticos</p> <p>Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas</p> |
| <p>Constitucionales</p> <p>Uso temprano de drogas (antes de los 15 años) Dolor o enfermedad crónica Factores fisiológicos</p> |
| <p>Psicológico</p> <p>Problemas de salud mental Abuso físico, sexual o emocional</p> |
| <p>Sociocultural</p> <p>Familia</p> <p>Uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas Divorcio o separación de los padres Problemas de manejo de la familia Bajas expectativas para los niños o para el éxito</p> <p>Iguales</p> <p>Amigos que usan drogas Actitudes favorables hacia el uso de drogas Conducta antisocial o delincuente temprana</p> <p>Escuela</p> <p>Carencia de cumplimiento de la política escolar Poca dedicación a la escuela Fracaso escolar o abandono de la escuela Dificultades en el paso de uno a otro curso</p> <p>Comunidad</p> <p>Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas Carencia de una adecuada vinculación social Deprivación económica y social Disponibilidad de drogas (incluyendo alcohol y tabaco)</p> |

Fuente: David Hawkins 1992 citado por Elisardo Becoña Iglesias, Bases científicas de la prevención de las drogodependencia.

Como se puede observar David Hawkins en la clasificación de aquellos factores que pueden estar relacionados para que una persona consuma drogas, en este caso alcohol y tabaco, hace evidente el papel que cumple la familia, relacionándola con aspectos puntuales como lo es ser hijo de consumidores, actitudes positivas al uso de estas sustancias, divorcio o separación de los padres, baja expectativas para los niños en torno al éxito, problemas de manejo de la familia, (Janet, David Hawkins & Richard y Miller, 1992). Otro estudio realizado en el mismo año por Petterson establece 4 factores relacionados con el consumo los cuales son:

- ✓ Factores de riesgo de la comunidad

- ✓ Factores de riesgo familiares.
- ✓ Factores de riesgo escolar
- ✓ Factores de riesgo individual/iguales.

Entre los factores de riesgo de la comunidad, Petterson (1992) establece que son deprivación económica y social, Bajo apego a la crianza y desorganización comunitaria, Transiciones y movilidad y la disponibilidad de drogas, respecto a los factores de riesgo escolares es establece que son la temprana conducta antisocial, el fracaso académico, y el bajo compromiso con la escuela, en cuanto a los factores individual/iguales Petterson identifica que aquellas conductas relacionadas con la alimentación y rebeldía, conductas antisocial en la adolescencia temprana, amigos que consumen drogas, actitudes favorables hacia el consumo de drogas, el primer consumo temprano de drogas. (Petterson, 1992)

En cuanto a los factores de riesgo familiares Petterson describe que son: una historia familiar de alcoholismo, estableciéndose este factor si el niño a nacido o se ha criado en una familia que posea dicha historia aumentando el riesgo que el niño consuma la misma sustancia u otra más fuerte, otro factor como lo describe él son los problemas de manejo de la familia, involucrando todas aquellas estrategias de resolución de conflictos inadecuadas al interior de la familia, las creencias y/o expectativas hacia el consumo, el fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo, finalmente Petterson describe que el uso de drogas parental y actitudes positivas hacia el uso de alcohol y tabaco, establecen que la conducta del menor se modulen en relación a la aducción y consumo de la misma aumentando el riesgo en que los niños y adolescentes abucen de estas sustancias. (Petterson, 1992)

Para el año 1997 otro estudio clasifico en dos grupos los factores que pueden estar relacionados en que niños consuman alcohol y tabaco, dichas clasificaciones son: los Factores de riesgo ambientales y los factores de riesgo dl individuo y sus relaciones con el entorno. Entre los factores de riesgo ambientales se encuentran la depravación social, la desorganización comunitaria, la disponibilidad y accesibilidad de las sustancias, la percepción

social del riesgo, la movilidad de la población, las normas y leyes de la comunidad. (Moncada, 1997) (Moncada, 1997)

Respecto a los factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno se establecen que la historia familiar de alcoholismo, las pautas educativas, actitudes y modelos de conducta por parte de los padres, conflictos familiares, los valores , la agresividad , la búsqueda de sensaciones, problemas de conducta , la actitud hacia la droga, el fracaso escolar y los grupos de iguales son factores que pueden intervenir que las personas experimente y finalmente consuman estas sustancias (Moncada, 1997).

Existen varios estudios que poseen el objetivo de identificar cuáles son los factores que se relacionan para que los niños y adolescentes experimenten y consuman alcohol y tabaco, en los cuales el factor de riesgo que más se repite es el familiar, aumentando el riesgo que presentan los individuos en consumir y abusar de dichas sustancias, hay que descartar que un factor de riesgo es entendido como “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de una droga y una transición en el nivel de implicación con la misma” (Clayton, 1992) es por esto que no puede ser considerado un factor causal en el que se establece la presencia del consumo como consecuencia del factor, dado que solo aumenta el riesgo de que esa conducta sea expresada por los individuos en los que dicho factor está presente (Iglesias, 2002).

Diversas investigaciones han expuesto que las dificultades que ocurren dentro del núcleo familiar son un riesgo que incrementa el uso de sustancias psicoactivas ya que las relaciones o vínculos que se entablan dentro de ellos alteran la dinámica psicosocial de todos los integrantes y promueven una conducta consumista de drogas. (Osorio Rebolledo, Ortega Medina, & Pillón, 2004)

En el Distrito Federal de México, se realizó un estudio de los factores que se relacionan con el inicio, uso y abuso de sustancias psicoactivas en población

escolar donde se descubrió que la fácil accesibilidad, tener familiares o amigos consumidores o ex consumidores de sustancias psicoactivas, la aceptación familiar de consumo y la baja percepción del riesgo son factores asociados de gran importancia. (Medina Mora, y otros, 1995)

Varios investigadores expusieron que la escuela, los amigos y la familia son focos centrales en el consumo de drogas ya que aspectos como la interrupción de los estudios, la inestabilidad familiar, altos niveles de tensión y estrés, baja autoestima, depresión, tener amigos con conductas antisociales o consumidores de drogas y la interacción con modelos de consumo de los padres, profesores y amigos fomentan el consumo de cualquier sustancia. (Elliott, Huizinga, & Ageton, 1985) (Lugo, 1994) (Medina Mora, y otros, 1995) (Bandura, 1986)

Otro estudio realizado en México, donde se encuestaron a 79.220 estudiantes de todo el país, encontraron unos factores predictores del Inicio del Consumo, de Consumo Regular y de Abuso de Drogas que inciden en el consumo de drogas.

Dentro de los factores Predictores del Inicio de Consumo se encuentran las variables sociodemográficas, variables ambientales, ambiente interpersonal e Intrapersonal.

Dentro de las variables sociodemográficas se observa un alto impacto suspender los estudios y el ser escolares que trabajan y/o sean jefes de familia. Dentro de las variables ambientales; el tener una baja percepción de riesgo, la tolerancia al consumo y una mayor disponibilidad de las drogas incita a un inicio temprano de consumo. En los ámbitos personales se encuentran los siguientes factores: en el ámbito intrapersonal; la percepción de bajo rendimiento académico, las ideas suicidas y/o depresivas, antecedentes de abuso sexual y el excesivo estrés y en el ámbito interpersonal; tener amigos y familiares con consumo pasado o actual de sustancias psicoactivas presenciando un riesgo de 1.22 veces más que el no tener familia o amigos consumidores aumentando el riesgo a un 1.10 veces más el riesgo si el consumidor es la madre, el padre o el/los hermanos.

Con relación a los factores predictores del Consumo Regular se encuentran que, a una mayor edad hay un mayor riesgo de convertirse en un usuario regular y que la presencia de amigos y familiares consumidores en el entorno son los mayores factores para el consumo regular.

Una investigación desarrollada en Alicante, España, a un grupo de 584 estudiantes de 12 a 19 años de una Institución Educativa del área rural ratificada, de nuevo, la importancia del modelo familiar como clave del proceso de socialización y fuente de transformación y generación de valores, creencias, actitudes, comportamientos y estilos de vida que, pueden o no alterar, la manera en como los (as) hijos(as) se relacionan con las sustancias psicoactivas. Allí se exponen unos factores específicos e inespecíficos que fomentan el consumo, dentro de los específicos se encuentran los modelados negativos de los padres consumidores, la actitud parental de consumo y la exposición de las drogas siendo los inespecíficos, los que aumentan la exposición a desarrollar problemas conductuales en la adolescencia como son los aspectos asociados con la estructura familiar (magnitud de los conflictos familiares, expresión emocional, tipo de estudio y exposición al estrés). (Lloret, Segura, & Carratalá, 2008)

Elisardo Becoña, especialista en el consumo de sustancias psicoactivas, identifica como factores de consumo de drogas en los hijos adolescentes al consumo de alcohol materno o paterno, el uso familiar de sustancias psicoactivas ilegales, actitudes favorables o permisivas de consumo de drogas. (Becoña, 2011)

De igual manera, clasifica el control de los padres en tres; el autoritario, el autoritativo y el permisivo en los cuales se puede evidenciar que una arbitrariedad de límites, como sucede en el estilo permisivo, puede aumentar la probabilidad de experimentación con las drogas mientras que un estilo autoritario puede llevar a una insuficiente concientización de las normas lo que aumentará la vulnerabilidad hacia el contacto con el consumo siendo, la forma autoritativa, el modelo ideal de disciplina parental ya que se incentiva la

autonomía sin dejar a un lado los límites y el control sobre las conductas hacia sus hijos. (Becoña, 2011)

Así mismo, en esta misma (2001), dos investigadores determinaron a partir de su trabajo que, mientras que las actitudes de rechazo hacia el tabaco y el alcohol puede actuar como protector en el uso de estas; la conducta de rechazo que no se hace explícita o se incluye dentro de unas normas claras de convivencia puede incitar al consumo de estas mismas sustancias a causa de la interpretación errónea que se puede crear sobre los menores daños o peligros que puede desencadenar en comparación a las drogas convencionales como las ilícitas. (Muñoz Rivas & Graña López , 2001)

Con relación al manejo familiar en el consumo de sustancias psicoactivas en los hijos; Hawkins, Catalano y Miller postulan que; el nivel de control que ejerzan los padres en la conducta de los hijos, representado a través de la supervisión, el establecimiento de normas o límites, los vínculos familiares y el uso de cualquier tipo de disciplina como el castigo, la negociación o la disciplina; puede ser un incentivo o un factor protector de consumo. (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992) En concordancia, Secades y Fernández afirman que los adolescentes consumidores refirieron haber sentido menos control en los límites impuestos por sus padres que los que no eran consumidores. (Fernández Hermida & Secades Villa, 2002)

En el 2004, un estudio identificó que los conflictos parentales y la percepción del funcionamiento familiar por parte de los hijos en cuanto a la cohesión y a la adaptabilidad representan factores protectores hacia el consumo de drogas. (Sanz, y otros, 2004)

Un estudio más reciente desarrollado en Quito en el año 2005, establece que los factores familiares pueden relacionarse con el primer contacto de los niños con las drogas iniciativas las cuales son el alcohol y tabaco, entre los factores de riesgo familiares estudiados se encuentran la escolaridad de los padres, el tipo de salario, el consumo de alcohol por los progenitores, es por esto que el mismo estudio identifico que de 100 familias entrevistadas el 51% son familias

donde los padres poseen escolaridad baja, el 54% tiene salario inferior al básico y el 61% los padres ingieren bebidas alcoholadas lo que aumenta el riesgo de que los niños consuman como consecuencia del modelamiento al cual están expuestos en el ámbito familiar (Andrade, 2005)

Por otro lado la dinámica familiar se relaciona principalmente con la comunicación experimentada en el núcleo de la familia junto con el manejo de la autoridad presente en el desarrollo del niño, evidenciado en el estudio de Mariana Muñoz desarrollado en el año 2001 en el que afirman que una mala comunicación entre Hijos/Padres (Comunicación Padre/ Madre/Hijo - Comunicación Hijo Padre - Comunicación Hijo/Madre) aumentan en un 63,25% el riesgo que los niños consuma alcohol y tabaco en edades menores de 12 años relacionando simultáneamente esta comunicación, con el desconocimiento de las jerarquía y límites establecidos por los cuidadores inmediatos o por los progenitores durante la educación y desarrollo de los menores (López, 2001).

En Colombia, una investigación realizada en Tunja con 1515 estudiantes entre 13 y 18 años pudo identificar que los factores asociados con el consumo, en el caso del cigarrillo son; los conflictos personales, el entorno académico y la influencia del grupo de amigos mientras que para el alcohol se identificaron; la presión social, conflictos con amigos y familiares, precaria comunicación con los padres, antecedentes de sanciones escolares y el antecedente familiar de los padres o hermanos mayores de consumo de sustancias psicoactivas, especialmente, las ilícitas. (Manrique Abril, Ospina, & García Ubaque , 2009)

6.4 TIPOLOGÍA FAMILIAR CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

Dentro del entorno familiar se incluyen tanto factores de riesgo como de protección que representa focos de acción para el actuar preventivo, lo que se evidencia, en el alto número de tratamientos e intervenciones donde la familia juega un papel crucial de transformación en el consumo de drogas (Velleman, Templeton, y Copello, 2005). Igualmente, el acogimiento de conductas de consumo de drogas se encuentra influenciado por los entornos sociales más

próximos al ser humano, el familiar y su grupo de pares como se expresa en la Teoría del Aprendizaje Social. (Bandura, 1982)

Esta teoría expone que el aprendizaje inicia desde la observación que realizamos a los actos de los demás y sus respectivas consecuencias, iniciando esta indagación desde el entorno familiar y extendiéndose en los demás contextos con el pasar de los años y el desarrollo de la madurez psicológica (Darling y Cumsille, 2003).

Esto podría explicarse a partir de la conceptualización de familia, término que ha ido evolucionando acorde a las transformaciones históricas, sociales y culturales de las épocas, a una definición un tanto más profunda, no solo desde su clasificación sino desde su proceso histórico y dinámicas que dentro de los integrantes de la familia se manejan. En este sentido, se habla de la familia como el lugar de acogimiento de los individuos donde se aprenden, socializan y se obtienen todo un conjunto de actitudes y de creencias, de valores y normas sociales. (Becoña, 2000)

Igualmente, las dinámicas actuales en el país demandan acciones integrales de atención encaminadas hacia la prevención de la enfermedad y la atención en salud de los individuos, sus familias y la comunidad. Sin embargo, esto no podría ser posible de manera adecuada sin comprender los conceptos básicos de la familia; su estructura, función familiar, recursos y ciclo vital; aspectos que nos permiten valorar e identificar los factores presentes dentro del núcleo familiar

Los elementos fundamentales para la definición de familia abarcan la convivencia de los integrantes dentro del mismo lugar; el apoyo afectivo que brinde cada persona para el desarrollo emocional, la autosuficiencia y la seguridad que se requiere; el apoyo económico para la complacencia de las necesidades básicas y socialización que, como se dijo anteriormente es donde se instituyen normas, formas de autoridad, responsabilidades y compromisos sociales. (Melo, 2000)

La estructura familiar es un componente importante ya que allí se pueden identificar los vínculos que se han construido, sus respectivos roles y funciones

dentro del hogar lo que lleva a reconocer a esta estructura, como un fenómeno dinámico que varía de acuerdo al número de integrantes que la conforman, la composición familiar que presenta, el ciclo vital en el que se encuentra la familia y el contexto social en el que se esté desarrollando.

La tipología familiar ha sido foco de varias investigaciones enfocadas al análisis y observación de las familias, desde allí se desglosan un gran cantidad de clasificaciones, sin embargo, se expondrá a continuación una de las clasificaciones identificadas a partir de las familias Colombianas (Comcaja ARS, 1996-1998) mencionado por Melo en el II seminario de Salud Familiar, 2000

Por convivencia de generaciones:

- Familia Nuclear Completa: Habitan bajo el mismo techo los padres y los hijos
- Familia Nuclear Incompleta: son las familias en las que solo se encuentra un solo progenitor ya sean, madres e hijos o padres e hijos. La condición para esta clasificación es que la pareja hubiera cohabitado bajo el mismo lugar durante un periodo mínimo de un año antes de su divorcio o separación.
- Familia Extensa Completa: Habitan en la familia la representación de tres generaciones, es decir; abuelos, padres y nietos.
- Familia Extensa Incompleta: familia extensa en la cual falta uno de los abuelos o conviven los abuelos, tíos y nietos.

Por relación de relación de pareja

- Padrastral simple: Es cuando uno de los integrantes de la pareja ha tenido uniones anteriores y trae o no sus hijos a la nueva unión.
- Padrastral compuesta: Es cuando los dos integrantes de la pareja ha tenido uniones anteriores y trae o no sus hijos a la nueva unión.
- Padrastral superpuesta: Es cuando los dos integrantes de la pareja ha tenido uniones anteriores y trae a sus hijos a la nueva unión en la cual, también tienen hijos quedando representado por “tus hijos, mis hijos y los nuestros”.

Por tipo de asociación: Son aquellas familias en las que no se encuentra un vínculo por parentesco o de pareja sino que, conviven conocidos o amigos por causas como el desplazamiento, el trabajo, entre otros aspectos.

- Diádica: Convivencia solo de dos personas
- Simple: convive la madre con el hijo(a) o el padre con el hijo(a) lo que también es denominado como Madresolterismo o Padresolterismo
- Compuesta: son las familias en donde los niños habitan el mismo lugar con su nieto(a) o el tío con su sobrino(a)

Relaciones situacionales: Convivencia de personas sin vínculos legales o parentales

- Hermanos o amigos que viven solos
- Unidades domésticas: Personas que viven solas

6.5 EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

El uso de alcohol y tabaco en la actualidad conlleva a producir diversos daños sociales, así como costos económicos diversos, la mayoría de los cuales no se reflejan en estadísticas de enfermedades relacionadas con el alcohol y el tabaco. A nivel personal desemboca en pobreza y en un importante deterioro y aislamiento social, debido a que el consumo nocivo está relacionado con problemas graves de índole social y de desarrollo, en particular violencia, el descuido y maltrato de menores y absentismo laboral (Whight 2004). Existen otras características del consumidor, de tipo biológico, tales como el sexo, la edad, etc. Que determinan los distintos grados de riesgo. También contribuyen el grado de exposición al alcohol y las circunstancias en las que se produce la ingesta, debido este análisis es un ámbito importante para enfermería para contribuir a las maneras saludables de vida.

Por otra parte esta situación afecta la salud y la integridad de los individuos, familia y la comunidad, por lo que incluiría la promoción de la salud y la prevención del uso de drogas son políticas estratégicas de alta prioridad, para la reducción de la demanda donde el profesional de enfermería es pieza clave para tomar la iniciativa de programas y proyectos que contenga intervenciones fundamentadas a fortalecer las capacidades y factores protectores de los individuos. Además los profesionales de enfermería trabajamos en búsqueda de cambios y transformaciones de los estilos de vida en las personas, familias y grupos de etarios que permita acceder y vincular la vida saludable. Como lo menciona Alonso y Esparza (2010) “los enfermeros impulsan acciones en el campo de la promoción y la educación en salud que potencialicen en las personas el tener un mayor control personal, construyan relaciones significativas y solidarias con otros y tomen las mejores decisiones sobre el rumbo de sus vidas basados en información fundamentada para así lograr una mejor salud, bienestar y calidad de vida.”

La prevención de adicciones es una nueva área de actuación en enfermería donde poseemos la capacidad como fuente primaria de atención ya que tenemos el contacto con el personal, por lo que tenemos un amplio campo para descubrir las características del cuidado que debemos brindar según las diferencia de población y grupos de edades. Por tal razón la práctica de enfermería está fundamentada en investigaciones teóricas que permitan a las intervenciones la prevención de adicción a las drogas tanto lícitas como ilícitas.

Según la Universidad de Carabobo, Venezuela (2002), el objetivo es desarrollar con los enfermeros las bases éticas, teóricas, recursos científica, y tecnológicos para intervenir en protección de la salud y la prevención del uso indebido de drogas.

Por otra parte, visualizando la magnitud del problema del consumo de alcohol y tabaco en los escolares, lo que se quiere con esta investigación es saber la opinión de los estudiantes acerca de los factores que influyen en el inicio temprano del consumo de alcohol y tabaco, de esta forma se puede implementar acciones de promoción de la salud y prevención del consumo

acorde a las necesidades específicas de la población. Es decir en Enfermería somos una pieza fundamental y crucial al momento de poner en práctica intervenciones basadas en la evidencia con enfoque de disminución de la demanda de drogas en las personas, la familia y los colectivos de nuestras sociedades. Las características del profesional de enfermería en la reducción del consumo, requieren de liderazgo por conocimiento, le otorga cada vez mayor visibilidad en las sociedades y en el trabajo con grupos de profesionales de la salud, para integrar estos aspectos en la educación, investigación y trabajos de extensión de enfermería, dentro de una visión multidimensional y crítica.

Los siguientes son los estudios relacionados al consumo de alcohol y tabaco, Carrillo 2001, Vargas 2001, Alvarez, Alonso, Guidorizzi 2010, Cobollo 2013, son los pocos estudios relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en Latino América, por esta razón enfermería tenemos que intervenir para producir un nueva relevancia en la actualidad por medio de la intervención de enfermería.

7. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal que determino el consumo personal y familiar de los estudiantes de un colegio de Bogotá y otro de Barrancabermeja sobre las características sociodemográficas, tipología familiar, edad de inicio y funcionalidad familiar para hallar así algunos factores presentes en el consumo de tabaco y alcohol en niños de 8 a 10 años.

El diseño descriptivo transversal permitirá buscar en condiciones naturales las prioridades en el individuo que está siendo sometido al análisis, ubicar la frecuencia, características y aspectos que describan los factores familiares presentes en el consumo de tabaco y alcohol en este rango de edad.

La población que participó en el estudio fueron los escolares entre los 8 y 12 años de edad y sus respectivos padres de familia, de ambos sexos de un colegio de Bogotá y otro de Barrancabermeja, que desearon participar en el estudio.

Las variables a tener en cuenta son:

- a. Las Características sociodemográficas de los niños: edad, sexo, convivencia familiar y características de consumo de tabaco y alcohol. (Ver anexo 3)
- b. Las características demográficas de los padres: edad, sexo, convivencia familiar y características de consumo familiar e individual de tabaco y alcohol. (Ver anexo 4)
- c. Tipología Familiar: Familia por Generaciones: Familia Nuclear Completa e Incompleta, Familia Extensa Completa e Incompleta; Familia por Relación de Pareja: Padrastral simple, compuesta y superpuesta y Familias por asociación donde se encuentran las familias Diádicas y Monoparentales.
- d. Funcionalidad Familiar: Funcionalidad Familiar y Disfuncionalidad Familiar Leve, Moderada o Severa

7.1 INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se aplicaron en este estudio fueron la encuesta de características demográficas de los niños (as) de 8 a 12 años que fue elaborada por la Docente Dora Stella Melo, a quien con previa autorización de la autora ha sido adaptado para esta investigación y la encuesta sobre características demográficas que se elaboró para los padres o acudientes que viven con el menor con el Apgar familiar

El Apgar familiar que mide la percepción que tiene el sujeto de cómo funciona su familia, valora cinco aspectos importantes que son:

- Adaptación
- Participación
- Crecimiento
- Recursos
- Afecto

7.2 RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una prueba piloto a las encuestas de los padres para verificar que los datos que se obtuviesen allí contribuyeran la información necesaria para la recolección de datos y lograr la mejora de la encuesta y la claridad de la misma.

METODOLOGIA DE APLICACION Y ENCUESTA A COLEGIOS

- Se selecciona un colegio del área de influencia de la práctica de la Facultad de enfermería, para ello el Programa PROSOFI nos contacta con un colegio de la localidad de Usme y en Barrancabermeja el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, sugiere la realización en un colegio de la zona urbana de este municipio.

- Posteriormente se solicitara autorización en los colegios para llevar a cabo la investigación
- Una vez aceptada la autorización se coordina la fecha de recolección de la información a padres de familia y niños, previo consentimiento de los participantes.
- Los datos fueron tabulado en el programa SPSS. (Statistical Product and Service Solutions).

7.3 ASPECTOS ÉTICOS.

La presente investigación se desarrolla desde la sustentación legal de la resolución 8430 del año de 1993 expedida el 4 de octubre de este mismo año que dictamina las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y más específicamente para, la realización de investigaciones científicas con seres humanos que contribuyan así; a la prevención y control de problemáticas en salud que son de importancia en salud pública por su gran relevancia en la calidad de vida y prosperidad de las personas y la población en general desde el marco de la dignidad y la protección del bienestar y de los derechos (República de Colombia, 1993).

De los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos, en el artículo 5 nos dice que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar, para ello se solicitó consentimiento para la participación con respecto protección de los derechos y bienestar de los participantes.

El Consentimiento Informado deberá presentar información, la cual será explicada en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

Se dio a conocer el consentimiento (Anexo) informado a Padres de familia, por medio de este dieron la autorización a sus hijos para la participación en el

estudio, también se presenta el asentimiento (Anexo) a cada estudiante para obtener su aprobación para participar en la investigación.

Según la resolución, la investigación se clasifica de bajo riesgo, donde se obtuvo la opinión de cada estudiante acerca de los factores asociados del consumo temprano de alcohol y tabaco, no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

La información obtenida es exclusiva para uso de la investigación y no será suministrada a ninguna entidad con el fin de asegurar el derecho a la intimidad del menor (Art. 33 código de Infancia y Adolescencia).

Una vez se obtiene y analiza la información, los resultados serán socializados a la institución educativa y en el caso de ser necesario programar actividades de intervención de acuerdo a la situación encontrada, todo ello con el fin de asegurar la protección integral del menor (Art. 7 y 40 del Código de Infancia y Adolescencia).

Se solicita autorización a la Institución Educativa y consentimiento informado a padres y niños, explicando de manera clara y sencilla los objetivos de investigación y la forma en que participaran, informando del estudio y sus beneficios al igual del compromiso de privacidad, anonimato y retroalimentación de los resultados.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en investigación de la Pontificia Universidad Javeriana.

8. ANÁLISIS Y RESULTADOS

8.1 INSTITUCION EDUCATIVA BOGOTA

Al sur de la Ciudad de Bogotá, se encuentra ubicada la localidad de Usme, allí se encuentra el Barrio Santa Librada, el cual cuenta con 10 Instituciones Educativas, donde el programa PROSFI de la Pontificia Universidad Javeriana ha desarrollado proyectos de Proyección social. Con previa convenio y autorización del Rector de la Institución, se decide realizar la investigación con los grados de 3 de primaria a 8 de Bachillerato quienes cumplen con los parámetros necesarios para la presente investigación.

Una vez determinado la población y las actividades a realizar, se programa la recolección de la información de los padres; en la fecha acordada no se logró recoger el total de la muestra, es por esto que en común acuerdo con el Rector de la Institución, se enviaron las encuestas a los domicilios de cada uno de los padres de familia a los cuales no se les pudo tomar los datos el día de la reunión.

Durante la jornada de la recolección de los datos se explica a los padres de familia las características de la investigación, se confirma la aceptación de los padres y se solicita el consentimiento informado para la participación, tanto de padres como de los niños, ese día se logran obtener 42 consentimientos informados con sus respectivos instrumentos diligenciados, ese mismo día 2 padres no aceptaron la participación y 2 padres no completaron el Apgar familiar, al igual 3 padres de familia no identificaron el nombre de sus hijos en el consentimiento informado.

El mismo día en común acuerdo con el rector se acordó enviar a 64 padres de familia a su domicilio con sus respectivos hijos los consentimientos informados y sus respectivos instrumentos, de estos consentimientos la siguiente semana solo se recibieron 30 con sus respectivos consentimientos e instrumentos, es decir que 34 padres no regresaron los consentimientos, de los 27 consentimientos recibidos, 15 entregados por la docente Coordinadora de la

Institución y 12 entregados por el rector a la Docente Dora Stella, 5 padres no identificaron a sus hijos en los consentimientos informados, 1 firmo el consentimiento pero no diligencio los instrumentos, 1 no completo el instrumento del Apgar familiar.

En la misma semana que se realizó él envió a los padres, se solicitó consentimiento informado a los niños y se procedió a recoger la información de los niños, el día miércoles con lo acordado con el rector de solicito permiso a los docentes para retirar a los estudiantes de la clase, se ubicaron en grupos de a dos salones de clase, en ese primer momento se ubicaron los grados de 3 y 4, se explicó la característica de la investigación, 2 de los estudiantes no desearon participar y dos estudiantes no asistieron a clase. De 5° todos los estudiantes participaron, obtuvimos consentimientos junto con instrumentos completos, de 6° todos los niños participaron a excepción de 3 que no asistieron a clase el día de la recolección.

Del grupo de 7°, 15 estudiantes no desearon participar de la investigación, 1 estudiante faltó a clase y el restante de los estudiantes completaron satisfactoriamente el consentimiento informado y los instrumentos, en 8° se realizaron 7 encuestas con su respectivo consentimiento, pero de estas solo fueron permitidas 2, debido a que los demás estudiantes participantes en el momento de la aplicación ya se encontraban fuera del rango de edad que permitía la investigación.

Una vez terminada la recolección de la información y organizada la información se obtuvo un total de 84 cuestionarios diligenciados del total de la muestra, 42 corresponden a los padres de familia y 42 corresponden a los niños participantes que cumplen con los criterios necesarios para desarrollar la investigación.

La investigación contó con la participación de 42 niños (as). La distribución por sexo correspondió a 45,2% (19) niñas y 54,8% (23) niños y la distribución por grupos de edad el 31% (13) de 10 años, 21,4% (9) de 9 años, 19% (8) de 8 años y 14,3% (6) de 11 años y 12 años de edad respectivamente (ver tabla 1).

El Nivel de escolaridad corresponde en su mayoría a 4° con un 31% (13), seguido de 5° y 6° con un 28,6% (12) y 23,8% (10) y 3° y 7° con un 9,5% (4) y 7,1% (3).

Tabla 1. Distribución por edad y Sexo de los Niños (as) de 8 a 12 años de la IED de Bogotá.

| EDAD | SEXO | | | | TOTAL |
|---------|----------|------|-----------|------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | |
| | N | % | N | % | |
| 10 años | 5 | 11,9 | 8 | 19.1 | 13 |
| 9 años | 6 | 14,3 | 3 | 7.1 | 9 |
| 8 años | 3 | 7,1 | 5 | 11.9 | 8 |
| 11 años | 1 | 2,4 | 5 | 11.9 | 6 |
| 12 años | 4 | 9,5 | 2 | 4.8 | 6 |
| TOTAL | 19 | 45,2 | 23 | 54.8 | 42 |

Fuente: Datos Investigación Bogotá 2015

Con respecto a con quien viven, el 45,3% (19) de los niños refirió vivir con ambos padres y hermanos, 21,4% (9) con ambos padres, hermanos, abuelos y otros miembros familiares como tios, primos, cuñados, 11.9% (5) con la madre, 14,1% (6) con uno de sus padres y con alguien que reemplaza a uno de ellos (madrastra/padrastro).

Con respecto al consumo personal el 7,1% (3) de los niños ha consumido tabaco alguna vez en su vida, este consumo no ocurrió en los últimos 30 días. El 50% (21) ha tomado cerveza o alcohol alguna vez y el 4,8 (2) ha consumido alcohol en los últimos 30 días. Con respecto al consumo en el contexto familiar, el 45,2% (19) de los niños(as) menciona que viven con personas que fuman y el 66,7% (28) que viven con personas que toman cerveza o alcohol.

Tabla 2. Características de Consumo de Tabaco y Alcohol de los Niños(as) de 8 a 12 años de una IE de Bogotá

| Variable | N | % |
|--|----|------|
| Has Fumado Alguna Vez | | |
| No | 39 | 92,9 |
| Si | 3 | 7,1 |
| Has Fumado en los último 30 días? | | |
| No | 42 | 100 |
| Si | 0 | |
| Has Tomado Cerveza Alguna Vez? | | |
| No | 21 | 50 |
| Si | 21 | 50 |
| Has Tomado Cerveza en los últimos 30 dias? | | |
| No | 40 | 95,2 |
| Si | 2 | 4,8 |

Fuente: Datos Investigación Bogotá 2015

Respecto a los padres o acudientes, 81% (34) son mujeres y 19% (8) son hombres, en cuanto a las edades de los padres o acudientes las encuestas establecieron que la mayoría se encuentran entre 30 a 35 años con un 52,4% (22), seguidos de los que tienen más de 40 años con un 23,8% (10). El 24% (10) se distribuye equitativamente (5 cada uno) entre los 25 a 30 años y los 35 a 40 años de edad.

En cuanto al nivel de escolaridad corresponde en su mayoría 40,5% (17) a técnico, 31% (13) secundaria completa, seguido de Profesional y Primaria completa con 9,5% (4) respectivamente. El 7,1% (3) reporta secundaria incompleta y solo el 2,4% (1) refiere especialización. Con relación a su estado civil, la mayoría vive en Unión Libre 42,9% (18), casados 35,7% (15), Solteros 14,3% (6) y 7,1% (3) separados.

Respecto al consumo de tabaco por parte de los padres o acudientes, 50% (21) afirman haber fumado alguna vez en su vida, el 14,3% (6) han fumado en los últimos 30 días. El 88,1% (37) afirman haber consumido alcohol alguna vez en sus vidas y el 19% (8) han tomado alcohol en los últimos 30 días.

En relación al consumo familiar se identificó que en el 31% (13) de las familias un miembro de la familia fuma, y en 11,9% (5) dos miembros de la familia fuman. El 50% (21) refiere consumo de alcohol en la familia, en el 23,8% (10) uno de los miembros toma alcohol, en el 21,4% (9) dos miembros de la familia lo hacen y en el 4,8% (2) más de dos miembros de la familia consumen. Las personas que toman alcohol en su mayoría corresponden a papá o mamá, el 16,7% no respondió este ítem.

Tabla 3. Consumo familiar de Tabaco y alcohol de los niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Bogotá

| Variable | N | % |
|---|----|------|
| De las personas que viven con el Niño (a) | | |
| ¿Cuántas Fuman? | | |
| Ninguno | 24 | 57,1 |
| Uno | 13 | 31 |
| Dos | 5 | 11,9 |
| ¿Cuántas toman cerveza o alcohol? | | |
| Ninguno | 20 | 47,6 |
| Uno | 10 | 23,8 |
| Dos | 9 | 21,4 |
| Más de dos | 2 | 4,8 |
| No Responde | 1 | 2,4 |

Fuente: Datos Investigación Bogotá 2015

Con respecto al tipo de familia se encuentra que el 52,4% (22) corresponde a familia nuclear completa, 14,2% (6) a Diada Simple, 11,9% (5) a extensa completa, 9,5% (4) a Extensa Incompleta, 7,1% (3) a padrastral simple y 4,8% (2) a Nuclear incompleta.

Tabla 4. Tipología Familiar de los niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Bogotá

| Tipología Familiar | Frecuencia | % |
|--------------------|------------|------|
| Diada simple | 6 | 14,3 |
| Extensa completa | 5 | 11,9 |

| | | |
|--------------------|----|------|
| Extensa incompleta | 4 | 9,5 |
| Nuclear completa | 22 | 52,4 |
| Nuclear incompleta | 2 | 4,8 |
| Padrastral simple | 3 | 7,1 |
| Total | 42 | 100 |

Fuente: Datos Investigación Bogotá 2015

Frente a la funcionalidad familiar reportada por el APGAR se encuentra que el 66.7% (28) sugieren funcionalidad familiar, el 23,8% (10) disfuncionalidad leve, 4,8% (4) disfuncionalidad moderada y severa.

Tabla 5. Funcionalidad Familiar de los niños (as) de 8 a 12 años de una IED de Bogotá

| Funcionalidad Familiar | Frecuencia | % |
|------------------------|------------|------|
| Disfunción leve | 10 | 23,8 |
| Disfunción moderada | 2 | 4,8 |
| Disfunción Severa | 2 | 4,8 |
| Normal | 28 | 66,7 |
| Total | 42 | 100 |

Fuente: Datos Investigación Bogotá 2015

Analisis de los datos

El alcohol es la sustancia de mayor consumo en la población escolar, se puede observar que los niños entre 8 y 12 años ya han tenido algún contacto con el tabaco y el alcohol, el mayor consumo se presentó en el grupo de 10 años; a los 9 años de edad las niñas inician el consumo de alcohol el cual es mayor que los niños, a los 10 y 11 años los niños tiene un inicio más frecuente que las niñas y por ultima a los 12 años se igualan con el consumo. Esto nos indica que los niños (as) experimentan el consumo de alcohol a edades más tempranas y es mayor su consumo en niños que en niñas, similar a lo referido por el Estudio Distrital sobre consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá en 2009, Ramirez y Andrade, 2005 y las investigaciones revisadas por Grigoravicius y colaboradores.

Tabla 6. Distribución por sexo y edad del consumo alguna vez alcohol de niños (as) de 8 a 12 años de una I.E de Bogotá

| Consumo alguna vez de Alcohol | Edad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------|-----|---|-----|--------|-----|---|-----|---------|-----|---|------|---------|-----|---|-----|---------|-----|---|-----|
| | 8 años | | | | 9 años | | | | 10 años | | | | 11 años | | | | 12 años | | | |
| | Sexo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | F | % | M | % | F | % | M | % | F | % | M | % | F | % | M | % | F | % | M | % |
| No | 3 | 7.1 | 3 | 7.1 | 2 | 4.8 | 2 | 4.8 | 4 | 9.5 | 2 | 4.8 | 0 | 0 | 1 | 2.4 | 3 | 7.1 | 1 | 2.4 |
| Si | 0 | 0 | 2 | 4.8 | 4 | 9.5 | 1 | 2.4 | 1 | 2.4 | 6 | 14.3 | 1 | 2.4 | 4 | 9.5 | 1 | 2.4 | 1 | 2.4 |

Fuente: Datos Investigación Bogotá 2015

Se encuentra como relevante que los niños que alguna vez fumaron, pertenecen a familias que refieren no consumo de tabaco. La mitad de los niños (21) refiere consumo de alcohol alguna vez en la vida, de estos niños se encuentra que la mayoría (12) provienen de familias que consumen alcohol, hay un número importante de niños que refiere consumo de alcohol alguna vez y pertenecen a familias que reportan no consumo de alcohol.

Tabla 7. Distribución consumo alcohol familiar y consumo de alcohol de niños (as) de 8 a 12 años de una I.E de Bogotá

| Consumo Familiar de Alcohol* | alguna vez cerveza | | | |
|------------------------------|--------------------|------|----|------|
| | No | % | Si | % |
| uno | 5 | 11.9 | 5 | 11.9 |
| dos | 4 | 9.5 | 5 | 11.9 |
| Más de dos | 0 | 0 | 2 | 4.8 |
| Ninguno | 11 | 26.1 | 9 | 21.4 |

Fuente: Datos Investigación Bogotá 2015

*una persona no respondió

Con respecto al tipo de familia según la tabla 10, podemos analizar que el mayor consumo o experimentación de tabaco se presenta en familias padrastrales simples, similar a estudios que reportan que los problemas desencadenantes dentro del grupo familiar se asocian con la adaptación psicosocial de todos sus integrantes (Manrique, 2009) y el mayor consumo en familias separadas o disgregadas en las que las características estructurales de la familias juegan un papel importante (Zuleima Cogollo & Adalberto, 2009);

Mientras que el consumo de alguna vez de alcohol por parte de los niños se da en Familias Nucleares completas coincidiendo en que hay algunos factores agregados “son los factores familiares dado que, es el primer y más importante pilar en el proceso de socialización que actúa como ente transmisor de creencias, valores y hábitos que condicionan la probabilidad de generar la experimentación, el consumo o el abuso de estas sustancias” (Alfonso, 2009; Parrado, 2011)

En cuanto a la funcionalidad familiar identificada a través del APGAR familiar y en los que se encuentra que la mayoría de los niños que consumen tabaco y alcohol refieren funcionalidad familiar. .

Tabla 8. Tipología familiar por consumo alguna vez en la vida de tabaco y alcohol en niños de 8 a 12 años de una I.E de Bogotá

| Tipología Familiar | Alguna vez tabaco | | | | Alguna vez alcohol | | | |
|--------------------|-------------------|------|----|-----|--------------------|------|----|------|
| | No | % | Si | % | No | % | Si | % |
| Diada simple | 5 | 11.9 | 1 | 2.4 | 4 | 9.5 | 2 | 4.8 |
| Extensa completa | 5 | 11.9 | 0 | 0 | 3 | 7.1 | 2 | 4.8 |
| Extensa incompleta | 4 | 9.5 | 0 | 0 | 2 | 4.8 | 2 | 4.8 |
| Nuclear completa | 22 | 52.4 | 0 | 0 | 11 | 26.1 | 11 | 26.1 |
| Nuclear incompleta | 2 | 4.8 | 0 | 0 | 1 | 2.4 | 0 | 0 |
| Padrastral simple | 1 | 2.4 | 2 | 4.8 | 0 | 0 | 3 | 7.1 |

Fuente: Datos Investigación Bogotá 2015

Tabla 9 . Funcionalidad familiar y Consumo alguna vez en la vida de tabaco y alcohol de niños de 8 a 12 años de una I.E de Bogotá

| | | alguna vez alcohol | | | | alguna vez tabaco | | | |
|-------|---------------------|--------------------|-----|----|-----|-------------------|------|----|-----|
| | | No | | Si | | No | | Si | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| APGAR | Disfunción leve | 8 | 19 | 2 | 4.8 | 10 | 23.8 | 0 | 0 |
| | Disfunción moderada | 1 | 2.3 | 1 | 2.3 | 2 | 4.7 | 0 | 0 |
| | Disfunción Severa | 0 | 0 | 2 | 4.8 | 1 | 2.3 | 1 | 2.3 |

| | | | | | | | | |
|------------------------|----|------|----|----|----|------|---|-----|
| Funcionalidad Familiar | 12 | 28.5 | 16 | 38 | 26 | 61.9 | 2 | 4.8 |
|------------------------|----|------|----|----|----|------|---|-----|

Fuente: Datos Investigación Bogotá 2015

8.2 INSTITUCION EDUCATIVA BARRANCABERMEJA

En la actualidad el municipio de Barrancabermeja cuenta con 23 Instituciones Educativas, el programa de desarrollo y paz del magdalena medio en el trabajo desarrollado priorizó 13 instituciones educativas en las que se han desarrollado procesos de asesoramiento y acompañamiento desde el año 2014; Es gracias a este trabajo y a los contactos institucionales adquiridos por la corporación que la presente investigación se desarrolló en la institución Educativa Diego Hernández de Gallego.

Para el año 2015 la Institución Educativa Diego Hernandez de Gallego cuenta con 103 docentes y 2884 estudiantes distribuidos de acuerdo a las diferentes disposiciones administrativas en 7 sedes distribuidas a través del municipio.

En conjunto con la institución se decide realizar la investigación en la sede B llamada La paz en la jornada mañana, por cuanto es la sede que cuenta con una población que cumple con los parámetros necesarios para la presente investigación.

Una vez se determina la jornada a la cual se le aplicaría las encuestas se programa la recolección de la información, en la fecha acordada las condiciones climáticas no permitieron la asistencia de los acudientes, es por esto que en común acuerdo con directivos de la institución se modifica la actividad realizando la recolección de la muestra el mismo día con la jornada de la tarde. La fecha no se pudo modificar por cuanto al día siguiente inicio el Paro Nacional de educadores, el cual se proyectó en su momento como indefinido.

Durante la jornada de recolección se explica a los padres de familia y a los niños las características de la investigación y se solicita el consentimiento informado para la participación, tanto de los padres como de los niños. Se

aplica los instrumentos a 78 estudiantes de grados 3, 4, 5 y a 54 padres de familia. Los estudiantes en su mayoría demostraron gran interés en responder a las preguntas mientras que con los Padres de Familia se presentaron dificultades para diligenciar el cuestionario por cuanto la mayoría refiere dificultades para leer y escribir generando molestia entre los participantes. Dado que el instrumento era auto diligenciado se debió cambiar la estrategia y se les debió acompañar en el diligenciamiento del mismo.

Una vez terminada la recolección de información se obtuvo un total de 78 cuestionarios diligenciados por niños y un total de 54 cuestionarios diligenciados por padres de familia.

Del total de la muestra recogida se establece que 62 cuestionarios cumplen con los criterios necesarios para desarrollar la investigación; de ese total 31 cuestionarios corresponden a niños entre 8 a 12 años y 31 a sus padres.

La investigación contó con la participación de 31 niños(as). La distribución por sexo correspondió a 54,9 % (17) niñas y 45,2% (14) niños y la distribución por grupos de edad el 42 % (13) de 10 años, 29% (9) de 9 años, 16,2% (5) de 11 años y 12,9% (4) de 8 años de edad.. El Nivel de escolaridad corresponde en su mayoría a 3° con un 54,8% (17), seguido de 4° con un 29% (9), y 5° con un 16,1 (5).

Tabla 10. Distribución por edad y Sexo de los Niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Barrancabermeja.

| EDAD | SEXO | | | | TOTAL |
|---------|----------|------|-----------|------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | |
| | N | % | N | % | |
| 10 años | 7 | 22,6 | 6 | 19,4 | 42 |
| 11 años | 3 | 9,7 | 2 | 6,5 | 16,2 |
| 8 años | 3 | 9,7 | 1 | 3,2 | 12,9 |
| 9 años | 4 | 12,9 | 5 | 16,1 | 29 |
| TOTAL | 17 | 54,9 | 14 | 45,2 | 100 |

Fuente: Datos Investigación Barrancabermeja 2015

Con respecto a con quien viven, el 35.4 % (11) de los niños refirió vivir con ambos padres hermanos y hermanas, el 12.9% (4) viven con ambos padres y hermanos , el 6.4% (2) con ambos padres y hermanas,3.2 % (1) vive con mama y papa , 3.2% (1) viven con mama padrastro y hermanos, 3.2% (1) vive con mama y padrastro, 3.2% (1) vive con mama hermanos hermanas, 3.2% (1) vive con papa y otras personas, 3.2% (1) vive con tíos y abuelos.

Con respecto al consumo personal solo uno de los niños ha consumido tabaco alguna vez en su vida, este consumo no ocurrió en los últimos 30 días. El 32,3% (10) ha tomado cerveza o alcohol alguna vez y el 12,9% (4) ha consumido alcohol en los últimos 30 días. Con respecto al consumo en el contexto familiar, el 35.5% (11) de los niños(as) menciona que viven con personas que fuman y el 71% (23) que viven con personas que toman cerveza o alcohol. (ver tabla 13)

Respecto a los padres o acudientes, 87.1 % (27) son mujeres y 12.9% (4) son hombres, en cuanto a las edades de los padres o acudientes las encuestas establecieron que la mayoría se encuentran en el rango de edad de 35 a 40 años con un 29 % (9), seguidos de 22.6 % entre 30 y 35 años (7) y 19.4 % (6) entre 25 y 30 años, el resto se ubicó en los extremos de 20 a 25 años y más de 40 con un 12.9% (4) y 16.1 (5) respectivamente.

Tabla 11. Características de Consumo de Tabaco y Alcohol de los Niños(as) de 8 a 12 años de una IE de Barrancabermeja.

| Variable | N | % |
|-----------------------------------|----|------|
| Has Fumado Alguna Vez | | |
| No | 30 | 96,8 |
| Si | 1 | 3,2 |
| Has Fumado en los último 30 días? | | |
| No | 31 | 100 |
| Si | 0 | 0 |

| | | |
|--|----|------|
| Has Tomado Cerveza Alguna Vez? | | |
| No | 21 | 67,7 |
| Si | 10 | 32,3 |
| Has Tomado Cerveza en los últimos 30 días? | | |
| No | 27 | 87,1 |
| Si | 4 | 12,9 |

Fuente: Datos Investigación Barrancabermeja 2015

En cuanto al nivel de escolaridad corresponde en su mayoría con un 29% (9) a primaria completa y 29% secundaria completa (9), seguido de primaria incompleta con un 25.8% (8), los demás se ubican en secundaria incompleta 12.9 (4) y estudios técnicos (1) 3.2%. Con relación a su estado civil La mayoría vive en Unión Libre 52 % (16), casados 23% (7), Solteros 16. (5) y 9.7 (3) son separados.

Respecto al consumo de tabaco por parte de los padres o acudientes, 19,4% (6) afirman haber fumado alguna vez en su vida, el 6,5% (2) lo han hecho en los últimos 30 días. El 58,1% (18) afirman haber consumido alcohol alguna vez en sus vidas y el 6,5% (2) lo han hecho en los últimos 30 días.

En relación al consumo familiar de tabaco se identificó que en el 22,6% (7) de las familias un miembro de la familia fuma, en una hay dos miembros de la familia que fuman. De las personas que fuman en la familia 13% corresponde a padres y madres. El 58% (18) refiere consumo de alcohol en la familia, en la mayoría 32,3% (10) uno de los miembros toma alcohol y en el 25,8% (8) dos miembros de la familia lo hacen. Las personas que tomas alcohol en su mayoría corresponde a papá o mamá (22,4%), seguido de ambos padres (19,2%) y los abuelos (7%). Ver tabla 14

Tabla 12. Consumo Familiar de Tabaco y Alcohol de los Niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Barrancabermeja.

| Variable | N | % |
|---|---|---|
| De las personas que viven con el Niño (a) | | |

| ¿Cuántas Fuman? | | |
|-----------------------------------|----|------|
| Ninguno | 23 | 74,2 |
| Uno | 7 | 22,6 |
| Dos | 1 | 3,2 |
| ¿Cuántas toman cerveza o alcohol? | | |
| Ninguno | 13 | 41,9 |
| Uno | 10 | 32,3 |
| Dos | 8 | 25,8 |

Fuente: Datos Investigación Barrancabermeja 2015

Con respecto al tipo de familia se encuentra que el 58,1% (18) corresponde a familia nuclear completa, seguida por familias padrastrales simples con un 12,9% (4), familias nucleares incompleta 9.7% (3), extensas incompletas 9.7% (3), familias con diada simple 6,5% (2) y extensa completa 3.2 % (1). Ver tabla 13

Tabla 13. Tipología Familiar de los Niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Barrancabermeja.

| Tipología Familiar | Frecuencia | % |
|--------------------|------------|------|
| Diada simple | 2 | 6,5 |
| Extensa completa | 1 | 3,2 |
| Extensa incompleta | 3 | 9,7 |
| Nuclear completa | 18 | 58.1 |
| Nuclear incompleta | 3 | 9,7 |
| Padrastral simple | 4 | 12,9 |
| Total | 31 | 100 |

Fuente: Investigación Barrancabermeja 2015

Frente a la funcionalidad familiar reportada por el APGAR se encuentra que el 41,9% (13) sugieren funcionalidad familiar, el 38,7% (12) disfuncionalidad leve, 12,9% (4) disfunción moderada y el 6,5% (2) disfuncionalidad severa. Ver tabla 16

Tabla 14. Funcionalidad Familiar de los niños (as) de 8 a 12 años de una IE de Barrancabermeja.

| Funcionalidad Familiar | Frecuencia | % |
|------------------------|------------|------|
| Disfunción leve | 12 | 39 |
| Disfunción moderada | 4 | 13 |
| Disfunción Severa | 2 | 6,5 |
| Normal | 13 | 41.9 |
| Total | 31 | 100 |

Fuente: Investigación Barrancabermeja 2015

Análisis de los datos.

En cuanto al consumo el alcohol, es la sustancia de mayor consumo entre los niños(as), el tabaco a comparación de otros años, se consume cada vez menos, resultados que coinciden con estudio nacional de drogas en población escolar de 2013. (República de Colombia, 2013)

El consumo de alcohol se da por igual entre niños y niñas (50%) similar a lo indicado en otros estudios, en los que se concluye que las niñas tienden a igualar el porcentaje de consumo de los varones (Perula et al, 1998; Grigoravicius, Bradichansky y Nigro, 2012)

La edad en la que más niños afirman haber consumido alcohol alguna vez fue a los 10 años con un 16.1% (5), de los cuales es mayor el consumo es en niños con un 9.6% (3) a diferencia de las niñas con un 6.4% (2), a su vez se identifica que un 6.4% ya consumen a los 9 años (ver tabla 6), lo que nos sugiere que la edad de inicio del consumo se está dando en menores de 10 años (Grigoravicius y Pandolfi, 2011 y Hurtado, 2009) y que la frecuencia de niños que experimentan con el alcohol aumenta con la edad. (República de Colombia, 2013; Perula et al, 1998).

Tabla 15. Distribución por sexo y edad del consumo alguna vez alcohol de niños (as) de 8 a 12 años de una I.E de Barrancabermeja.

| Consumo alguna vez de Alcohol | EDAD | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------|-----|---|-----|--------|-----|---|------|---------|------|---|-----|---------|-----|---|-----|
| | 8 años | | | | 9 años | | | | 10 años | | | | 11 años | | | |
| | Sexo | | | | | | | | | | | | | | | |
| | F | % | M | % | F | % | M | % | F | % | M | % | F | % | M | % |
| No | 3 | 9.6 | 1 | 3.2 | 3 | 9.6 | 4 | 12.9 | 5 | 16.1 | 3 | 9.6 | 1 | 3.2 | 1 | 3.2 |
| Si | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3.2 | 1 | 3.2 | 2 | 6.4 | 3 | 9.6 | 2 | 6.4 | 1 | 3.2 |

Fuente: Investigación Barrancabermeja 2015

Respecto al consumo familiar de tabaco no se observa una relación en que los niños consuman y en la familia también, a diferencia del consumo de alcohol en el cual de los 10 niños que consumen, 8 refieren consumo familiar de alcohol. (ver tabla 18). Datos que coinciden con varios autores que mencionan que el

consumo de los niños puede estar mediado por la percepción que tiene sus familiares de este comportamiento (Becoña, 2002 y Cicua et al, 2008).

Tabla 16. Distribución consumo alcohol familiar y consumo de alcohol de niños (as) de 8 a 12 años de una I.E de Barrancabermeja.

| Consumo Familiar de Alcohol | alguna vez cerveza | | | |
|-----------------------------|--------------------|------|----|------|
| | No | % | Si | % |
| uno | 9 | 29 | 2 | 6.4 |
| dos | 4 | 12.9 | 4 | 12.9 |
| Más de dos | 1 | 3.2 | 2 | 6.4 |
| Ninguno | 7 | 22.5 | 2 | 6.4 |

Fuente: Investigación Barrancabermeja 2015

Con respeto al tipo de familia y su relación con el consumo familiar, se observa que los niños (as) se encuentran inmersos en un clima social de convivencia familiar hacia el tabaco y el alcohol; Las familias nucleares completas, poseen mayor consumo de alcohol por parte de los niños y los integrantes de la familia, a diferencia del tabaco, en la que se presenta el consumo de niños en familias extensas incompletas, datos contradictorios a lo mencionado por la literatura, en la que se describe que el consumo de alcohol y tabaco en niños se presenta en mayor medida en familias separadas o disgregadas en las que las características estructurales de la familias juegan un papel importante, (Zuleima Cogollo & Adalberto, 2009).

La revisión de literatura realizado por Becoña et al, 2012 encontró que varios autores han mencionado que “los adolescentes que viven con ambos padres biológicos tienen menor probabilidad de consumir cigarrillo y alcohol que aquellos que viven con un solo padres o una familia reconstituida” (Becoña et al, 2012) y otro estudio que refiere “que la falta de uno de los padres o de alguno de los integrantes de la familia, está relacionado en que los niños puedan o no iniciar el consumo de tabaco” (M, B, & Campo, 2009). Con referencia a esto Habib et al. (2010), mencionado por Becoña, et al. 2012 indicaron que “la estructura familiar dejaba de ser significativa en la predicción

del consumo de alcohol, pasando a ser la cercanía emocional con los padres y una buena gestión de la familia (establecimiento de reglas sobre el consumo de alcohol y salidas los fines de semana) los factores que mejor predecían el consumo intensivo de alcohol”.

Tabla 17. Tipología familiar por consumo alguna vez en la vida de tabaco y alcohol en niños de 8 a 12 años de una I.E de Barrancabermeja.

| Tipología Familiar | Alguna vez tabaco | | | | Alguna vez alcohol | | | |
|--------------------|-------------------|-----|----|-----|--------------------|------|----|------|
| | No | % | Si | % | No | % | Si | % |
| Diada simple | 2 | 6.4 | 0 | 0 | 1 | 3.2 | 1 | 3.2 |
| Extensa completa | 1 | 3.2 | 0 | 0 | 1 | 3.2 | 0 | 0 |
| Extensa incompleta | 2 | 6.4 | 1 | 3.2 | 1 | 3.2 | 2 | 6.4 |
| Nuclear completa | 18 | 58 | 0 | 0 | 14 | 45.1 | 4 | 12.9 |
| Nuclear incompleta | 3 | 9.6 | 0 | 0 | 2 | 6.4 | 1 | 3.2 |
| Padrastral simple | 4 | 12. | 0 | 0 | 2 | 6.4 | 2 | 6.4 |

Fuente: Investigación Barrancabermeja 2015

La tabla 19 muestra que la mayoría de los niños que consumen alcohol se encuentran viviendo en familias que se perciben funcionales, seguido de familias con una disfuncionalidad leve, semejante al niño que consume tabaco; situación que no concuerda con la literatura ya que se esperaría que la mayor cantidad de niños que consumen tengan disfunción moderada o severa en sus familias según lo descrito por Ramirez en el 2005 y M,B y Campo, 2009.

La funcionalidad familiar es mediada por las relaciones y los patrones de comunicación dados al interior de la familia, por tanto el consumo de alcohol se da en los espacios propios de la familia, aún más cuando la familia no posee canales de comunicación adecuados, no se asumen adecuadamente los roles o cuando la familia está incompleta o disgregada (Ramirez, 2005).

Esta diferencia en los resultados podría darse por cuanto el APGAR familiar se aplica a personas mayores de 12 años, por tanto éste determinó la percepción

que tiene el adulto frente al funcionamiento de su familia y no se indago sobre la percepción del menor.

Tabla 18. Funcionalidad familiar y Consumo alguna vez en la vida de tabaco y alcohol de niños de 8 a 12 años de una I.E de Barrancabermeja.

| | | alguna vez alcohol | | | | alguna vez tabaco | | | |
|-------|------------------------|--------------------|------|----|------|-------------------|------|----|-----|
| | | No | | Si | | No | | Si | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| APGAR | Disfunción leve | 8 | 25.8 | 4 | 12.9 | 11 | 35.4 | 1 | 3.2 |
| | Disfunción moderada | 3 | 9.6 | 1 | 3.2 | 4 | 12.9 | 0 | 0 |
| | Disfunción Severa | 2 | 6.4 | 0 | 0 | 2 | 6.4 | 0 | 0 |
| | Funcionalidad Familiar | 8 | 25.8 | 5 | 16.1 | 13 | 41.9 | 0 | 0 |

Fuente: Investigación Barrancabermeja 2015

8.3 ANALISIS DE DATOS DE LAS DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS.

La muestra total correspondiente a la investigación en las dos ciudades fue de 146 personas de las cuales 73 (50%) personas correspondieron a niños y niñas entre 8 y 12 años, y los 73 (50%) restantes; correspondieron a uno de los integrantes de la familia que convive con el niño.

Respecto al sexo de los niños (as), 36 (49,3%) fueron niñas, 19 (26%) son niñas de Bogotá y 17 (23,2%) son niñas de Barrancabermeja y 37 (50,6%) fueron niños, de los cuales 23 (31,5%) son niños que viven en la ciudad de Bogotá y 14 (19,1%) niños que residen en Barrancabermeja.

Con relación a la edad; en Bogotá se encuentran 3 (7.1%) niñas y 5 (11.9%) niños de 8 años; 6 (14%) niñas y 3 (7.1%) niños de 9 años; 5 (11.99%) niñas y 8 (19.1%) niños de 10 años; 1 (2.4%) niña y 5 (11.9%) niños de 11 años y 4 (9.5%) niñas y 23 (54.8%) niños de 12 años. En cuanto a las edades encontradas en los niños(as) de Barrancabermeja se identificó que 3 (9.7%)

niñas y 1 (3.2%) niños tienen 8 años, 4 (12.9%) niñas y 5 (16.1%) niños tienen 9 años, 7 (22.6%) niñas y 6 (19.4%) niños tienen 10 años y 3 (9.7%) niñas y 2 (6.5%) niños tienen 11 años.

ANALISIS DE DATOS

Tabla 19 . Distribución por edad y sexo de niños y niñas pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja

| Edad | Bogotá | | | | Total | | Barrancabermeja | | | | Total | |
|---------------|----------|-----|-----------|------|-------|------|-----------------|------|-----------|------|-------|------|
| | Femenino | | Masculino | | | | Femenino | | Masculino | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 8 años | 3 | 7,1 | 5 | 11.9 | 8 | 10.9 | 3 | 9,7 | 1 | 3,2 | 4 | 5.4 |
| 9 años | 6 | 14 | 3 | 7.1 | 9 | 12.3 | 4 | 12,9 | 5 | 16,1 | 9 | 12.3 |
| 10 años | 5 | 12 | 8 | 19.1 | 13 | 17.8 | 7 | 22.6 | 6 | 19,4 | 13 | 17.8 |
| 11 años | 1 | 2,4 | 5 | 11.9 | 6 | 8.2 | 3 | 9,7 | 2 | 6,5 | 5 | 6.8 |
| 12 años | 4 | 9,5 | 2 | 4.8 | 6 | 8.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Muestra | 19 | 26 | 23 | 31.5 | | | 17 | 23.2 | 14 | 19.1 | 73 | 100 |

Fuente: Investigación Bogotá vs Barrancabermeja, 2015.

De acuerdo al consumo de alcohol y las edades en las que se presenta se evidenció que existe, en el caso de Bogotá, la edad consumo en los hombres es desde los 8 años con 2 niños (4.7%) que han tenido contacto con esta sustancia y la de las niñas a los 9 años, con el consumo por parte de 4 niñas (9.5%). En el caso de Barrancabermeja, la edad de consumo en los hombres es mayor ya que se observó consumo por parte de 1 niño (3.2%) a los 9 años y 1 niña (3.2%) a esta misma edad.

Esto demuestra, una menor edad de consumo en el caso de los niños pertenecientes a Bogotá y Barrancabermeja en comparación a las niñas, donde se encontró consumo desde los 9 años en estas dos ciudades, lo que muestra lo que varios autores exponen al mencionar que las niñas tienden a igualar el porcentaje de consumo de los varones (Perula et al, 1998; Grigoravicius, Bradichansky y Nigro, 2012)

Con relación a la edad de más consumo entre los 8 y los 12 años se encontró que en el caso de Bogotá, para los hombres, es a los a los 10 (14.2%) años seguido de las edades de, los 11 (9.5%) años, 8 (4.7%) años y 9 y 12 años con

un porcentaje de 2.3% para estas dos edades. En el caso de las mujeres, la edad de mayor consumo fue de los 9 (9.5%) años seguido de los 10 años, 11 años y 12 años con 1 (2.3%) caso de consumo por parte de una niña para cada una de estas tres edades. En Barrancabermeja, la edad de mayor consumo en las niñas fue de los 10 y los 11 años con dos (6.4%) niñas seguido de los 9 (3.2%) años y en el caso de los hombres, fue a los 10 (9.6%) años seguido de las edades de 9 años y 11 años con un porcentaje de 3.2% para cada edad.

Se identificó que, en los niños, el mayor consumo se encuentra a los 10 años tanto en Bogotá como en Barrancabermeja diferente al mayor consumo de las niñas, donde se encuentra a una edad más temprana en Bogotá que en Barrancabermeja.

Por otro lado, se evidenció que el consumo por parte de las niñas en Bogotá es menor que la de las niñas de Barrancabermeja y que los niños residentes en estas dos ciudades lo que contrasta con lo encontrado en algunos estudios donde se se concluye que las niñas tienden a igualar el porcentaje de consumo de los varones. (Perula et al, 1998; Grigoravicius, Bradichansky y Nigro, 2012)

Con esto se puede observar, a partir de edades menores a los 12 años se encuentran niños que ya han consumido alcohol tal y como lo mencionan un estudios a nivel Nacional como es el Estudio Distrital sobre consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá DC. e investigaciones como las realizadas por Ellickson, Collins, Hambarsoomians & McCaffrey, 2005; Weiss & Chen, 2007; Melchior, Chastang, Goldberg & Fombonne, 2007; Míguez, 2004, 2009; Moral & Ovejero, 2005; Marcelo Grigoravicius y colaboradores, 2013; Martha Ramírez y Denise de Andrade, 2005; entre otras.

Tabla 20. Consumo de alcohol según la edad de los niños y niñas pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja

| Bogotá | 8 años | | | | 9 años | | | | 10 años | | | | 11 años | | | | 12 años | | | |
|--------|--------|-----|---|-----|--------|-----|---|-----|---------|-----|---|------|---------|-----|---|-----|---------|-----|---|-----|
| | F | % | M | % | F | % | M | % | F | % | M | % | F | % | M | % | F | % | M | % |
| No | 3 | 7.1 | 3 | 7.1 | 2 | 4.7 | 2 | 4.7 | 4 | 9.5 | 2 | 4.7 | 0 | 0 | 1 | 2.3 | 3 | 7.1 | 1 | 2.3 |
| Si | 0 | 0 | 2 | 4.7 | 4 | 9.5 | 1 | 2.3 | 1 | 2.3 | 6 | 14.2 | 1 | 2.3 | 4 | 9.5 | 1 | 2.3 | 1 | 2.3 |

| Barrancabermeja | F | % | M | % | F | % | M | % | F | % | M | % | F | % | M | % | F | % | M | % |
|-----------------|---|-----|---|-----|---|-----|---|------|---|------|---|-----|---|-----|---|-----|---|---|---|---|
| No | 3 | 9.6 | 1 | 3.2 | 3 | 9.6 | 4 | 12.9 | 5 | 16.1 | 3 | 9.6 | 1 | 3.2 | 1 | 3.2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Si | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3.2 | 1 | 3.2 | 2 | 6.4 | 3 | 9.6 | 2 | 6.4 | 1 | 3.2 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Investigación Bogotá vs Barrancabermeja, 2015.

Con relación al consumo expresado por los niños y niñas de 8 a 12 años se observó un mayor consumo de tabaco en Bogotá ya que, 3 (7.1%) niños afirman haberlo hecho alguna vez en su vida en comparación a, solo 1 (3.2%) niño que refiere haber consumido tabaco en Barrancabermeja, consumo que no se ha realizado por ninguno de ellos en los últimos 30 días.

En cuanto al consumo de alcohol, en la Ciudad de Bogotá se encontró 21 (50%) niños que han consumido esta sustancia de los cuales solo 2 (4.8%) lo hicieron en los últimos 30 días a diferencia de Barrancabermeja en donde se identificó consumo por parte de 10 (32.3%) niños donde solo 4 (12.9%) consumieron durante el último mes.

Esto es coherente con lo expresado en el Estudio nacional de drogas en población escolar de 2013 donde se encuentra al alcohol como la sustancia de mayor consumo entre los niños(as) en comparación al tabaco. (República de Colombia, 2013)

En este sentido, aunque se encuentra un mayor número de niños consumidores en Bogotá, en Barrancabermeja se encuentra una mayor prevalencia de consumo durante el último mes.

Tabla 21 . Consumo de Tabaco y Alcohol expresados por niños y niñas de 8 a 12 años pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja

| Variable | Bogotá | | Barrancabermeja | |
|-----------------------------------|--------|------|-----------------|------|
| | N | % | N | % |
| Has Fumado Alguna Vez? | | | | |
| No | 39 | 92,9 | 30 | 96,8 |
| Si | 3 | 7,1 | 1 | 3,2 |
| Has Fumado en los último 30 días? | | | | |
| No | 42 | 100 | 31 | 100 |

| | | | | |
|--|----|------|----|------|
| Si | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Has Tomado Cerveza Alguna Vez? | | | | |
| No | 21 | 50 | 21 | 67,7 |
| Si | 21 | 50 | 10 | 32,3 |
| Has Tomado Cerveza en los últimos 30 días? | | | | |
| No | 40 | 95,2 | 27 | 87,1 |
| Si | 2 | 4,8 | 4 | 12,9 |

Fuente: Investigación Bogotá vs Barrancabermeja, 2015.

En cuanto el consumo familiar de tabaco se encuentra que, en la ciudad de Bogotá, 13 (31%) personas afirman que en la familia en la que se desarrolla el niño solo un integrante consume tabaco y 5 (11.9%) afirman que hay dos integrantes consumidores. En Barrancabermeja, 7 (23%) personas afirman que existe un integrante consumidor mientras que solo 1 (3.2%) afirma el consumo por parte de dos integrantes viéndose mayor consumo familiar en la ciudad de Bogotá.

Respecta al alcohol, en Bogotá 10 (23.8%) personas afirman el consumo por uno de los miembros de la familia con quien convive, 9 (21.4%) afirman el consumo por dos integrantes y 2 (4.8%) afirman el consumo por más de dos consumidores. En Barrancabermeja, 10 (32%) personas identifican consumo por parte de un integrante de la familia y 8 (26%) personas por parte de dos integrantes observándose que ninguna persona afirma consumo por más de dos integrantes, lo que permitió determinar un mayor consumo familiar de alcohol en Bogotá que en Barrancabermeja, comportamiento similar al consumo familiar de tabaco. Estos datos coinciden con varios autores que mencionan que el consumo de los niños puede estar mediado por la percepción que tiene sus familiares de este comportamiento (Becoña, 2002 y Cicua et al, 2008)

Tabla 22 . Consumo familiar de tabaco y alcohol de niños y niñas de 8 a 12 años pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja

| Variable | Bogotá | | Barrancabermeja | |
|-----------------|--------|------|-----------------|----|
| | N | % | N | % |
| ¿Cuántas Fuman? | | | | |
| Ninguno | 24 | 57,1 | 23 | 74 |

| | | | | |
|-----------------------------------|----|------|----|-----|
| Uno | 13 | 31 | 7 | 23 |
| Dos | 5 | 11,9 | 1 | 3,2 |
| ¿Cuántas toman cerveza o alcohol? | | | | |
| Ninguno | 20 | 47,6 | 13 | 42 |
| Uno | 10 | 23,8 | 10 | 32 |
| Dos | 9 | 21,4 | 8 | 26 |
| Más de dos | 2 | 4,8 | 0 | 0 |
| No Responde | 1 | 2,4 | 0 | 0 |

Fuente: Investigación Bogotá vs Barrancabermeja, 2015.

Con relación al consumo de los niños de 8 a 12 años y el tipo de familia a la que pertenecen se identificó que, en Bogotá de los 3 niños que consumen tabaco, 2 (4.7%) niños tienen una familia padrastral simple y el niño restante (2.3%) pertenece a una diada simple. En el caso de Barrancabermeja, el niño que afirma haber consumido tabaco pertenece a una familia extensa incompleta (3.2%).

Respecto al alcohol, en Bogotá, las familias en las que se observa mayor consumo de alcohol corresponden a familiares nucleares completas con un 26.1%, situación que se repite en Barrancabermeja con un 12.9% seguidas por familias padrastrales simples, extensas completas, nuclear incompleta y diada simple. Esto se encuentra en contraposición con lo hallado en la literatura ya que allí se describe que el consumo de alcohol y tabaco se presenta en mayor medida en familias separadas o disgregadas en las que las características estructurales de la familia juegan un papel importante en el inicio del consumo. (Cogollo, 2009)

La revisión de literatura realizado por Becoña et al, 2012 encontró que varios autores han mencionado que que los problemas desencadenantes dentro del grupo familiar se asocian con la adaptación psicosocial de todos sus integrantes (Manrique, 2009) y que “los adolescentes que viven con ambos padres biológicos tienen menor probabilidad de consumir cigarrillo y alcohol que aquellos que viven con un solo padres o una familia reconstituida” (Becoña et al, 2012) y otro estudio que refiere “que la falta de uno de los padres o de alguno de los integrantes de la familia, está relacionado en que los niños

puedan o no iniciar el consumo de tabaco” (M, B, & Campo, 2009). Con referencia a esto Habib et al. (2010), mencionado por Becoña, et al. 2012 indicaron que “la estructura familiar dejaba de ser significativa en la predicción del consumo de alcohol, pasando a ser la cercanía emocional con los padres y una buena gestión de la familia (establecimiento de reglas sobre el consumo de alcohol y salidas los fines de semana) los factores que mejor predecían el consumo intensivo de alcohol” lo que demuestra que, “son los factores familiares dado que, es el primer y más importante pilar en el proceso de socialización que actúa como ente transmisor de creencias, valores y hábitos que condicionan la probabilidad de generar la experimentación, el consumo o el abuso de estas sustancias” (Alfonso, 2009; Parrado, 2011)

Tabla 23. Tipología familiar de los niños y niñas de 8 a 12 años que consume alcohol y tabaco pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja

| Tipología Familiar. | Bogotá | | | | Barrancabermeja | | | |
|---------------------|-------------------|-----|--------------------|------|-------------------|-----|--------------------|------|
| | Alguna vez tabaco | | Alguna vez alcohol | | Alguna vez tabaco | | Alguna vez alcohol | |
| | Si | % | Si | % | Si | % | Si | % |
| Diada simple | 1 | 2.3 | 2 | 4.7 | 0 | 0 | 1 | 3.2 |
| Extensa completa | 0 | 0 | 2 | 4.7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Extensa incompleta | 0 | 0 | 2 | 4.7 | 1 | 3.2 | 2 | 6.4 |
| Nuclear completa | 0 | 0 | 11 | 26.1 | 0 | 0 | 4 | 12.9 |
| Nuclear incompleta | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3.2 |
| Padrastral simple | 2 | 4.7 | 3 | 7.1 | 0 | 0 | 2 | 6.4 |

Fuente: Investigación Bogotá vs Barrancabermeja, 2015.

En cuanto a la funcionalidad familiar de los niños que han consumido alcohol y tabaco se identificó que, respecto al alcohol, la mayoría de niños pertenecen a familias funcionales tanto en Bogotá como en Barrancabermeja con 16 (38%) y 5 (16.1%) familias respectivamente, seguidas de familias con disfunción leve, moderada y severa. Caso contrario es lo expresado por la literatura ya que en esta se ha afirmado que los niños que poseen mayor probabilidad de iniciar con el consumo de alcohol y tabaco pertenecen a familias con disfuncionalidad moderada y severa. (Ramírez, 2005) (Campo, 2009)

La funcionalidad familiar es mediada por las relaciones y los patrones de comunicación dados al interior de la familia, por tanto el consumo de alcohol se da en los espacios propios de la familia, aún más cuando la familia no posee canales de comunicación adecuados, no se asumen adecuadamente los roles o cuando la familia está incompleta o disgregada (Ramirez, 2005).

Esta diferencia en los resultados podría darse por cuanto el APGAR familiar se aplica a personas mayores de 12 años, por tanto éste determinó la percepción que tiene el adulto frente al funcionamiento de su familia y no se indagó sobre la percepción del menor.

En rasgos generales, los aspectos que se encontraron más alterados, de mayor a menor proporción fueron; el crecimiento, la participación, la adaptación el afecto y los recursos. En este sentido, muchas de las personas no sienten un apoyo y un asesoramiento recíproco de sus familias que fomente en ellos una maduración emocional y física que logre una autorrealización y una contribución por parte de los miembros de la familia en las responsabilidades y decisiones a tomar necesarias para el sostenimiento familiar. (Suárez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014)

Tabla 24 . Funcionalidad familiar de los niños y niñas de 8 a 12 años que consume alcohol y tabaco pertenecientes a una I.E. de Bogotá y una I.E. de Barrancabermeja

| APGAR | Bogotá | | | | Barrancabermeja | | | |
|------------------------|--------------------|-----|-------------------|-----|--------------------|------|-------------------|-----|
| | alguna vez alcohol | | alguna vez tabaco | | alguna vez alcohol | | alguna vez tabaco | |
| | Si | | Si | | Si | | Si | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Disfunción leve | 2 | 4.7 | 0 | 0 | 4 | 12.9 | 1 | 3.2 |
| Disfunción moderada | 1 | 2.3 | 0 | 0 | 1 | 3.2 | 0 | 0 |
| Disfunción Severa | 2 | 4.7 | 1 | 2.3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Funcionalidad Familiar | 16 | 38 | 2 | 4.7 | 5 | 16.1 | 0 | 0 |

Fuente: Investigación Bogotá vs Barrancabermeja, 2015.

9 . CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para esta investigación observamos que distribución por edad y sexo la participación de niñas en Barrancabermeja fue mayor que en Bogotá y la edad con mayor participación en similitud de ambas Instituciones educativas fueron los 10 años de edad.

Se ha observado consumo por parte de los niños menores de 12 años, como es mencionado en el análisis anterior con el 14.2 % y el 9.6% de niños en edad diez años ha tenido contacto con el alcohol más que en las niñas, concluyendo así que es poco significativo el consumo en ambas Instituciones Educativas, pero muy relevante en cuanto al consumo de alcohol en general.

Aunque se encuentra un mayor número de niños consumidores en Bogotá, en Barrancabermeja se encuentra una mayor prevalencia de consumo de alcohol durante el último mes.

El consumo de alcohol continúa siendo la sustancia de mayor consumo por la población escolar y los niños de 8 a 12 años han tenido contacto con éste alguna vez en la vida.

En cuanto al consumo familiar se observa similitud de prevalencia de consumo de alcohol que de tabaco en las dos Instituciones de Bogotá y Barrancabermeja, donde se observa que la mayoría de los niños que consumen tabaco y alcohol provienen de familias que son poco consumidoras. La mayoría de familias de los niños que han consumido alguna de estas dos sustancias, provienen de familias nucleares completas lo que difiere de varias investigaciones que afirman que tener familias disgregadas aumenta la probabilidad de consumo.

La mayoría de familias de los niños que han consumido alguna de estas dos sustancias, provienen de familias funcionales lo que discrepa de la mayoría de literatura donde se enuncia que poseen mayor probabilidad de iniciar con el

consumo de alcohol y tabaco pertenecen a familias con disfuncionalidad moderada y severa.

El profesional de enfermería debería contribuir pro al aumento de la edad de inicio del consumo de alcohol y tabaco y así tomar la iniciativa de crear programas y proyectos que contengan intervenciones fundamentadas a fortalecer las promoción de la salud y prevención no solo del individuo si no también de su familia.

Se sugiere a los profesionales de enfermería realizar más investigaciones acerca de esta problemática, ya que no que no solo existen los factores familiares si no adicional en la bibliografía refiere que existen otra serie de factores que influyen en el consumo de tabaco y alcohol a menor edad.

En relación al consumo familiar de tabaco y alcohol, es importante establecer que la sustancia que más consumen los integrantes de las familias es el alcohol, sustancia que también está siendo mayormente usada por los niños, respecto a la investigación, se identificó que en familias donde existe consumo familiar, niños de 8 a 12 años ya consumen, está conducta puede estar relacionada en que el consumo familiar este siendo realizado en presencia del menor, lo que no genera una relación causal, pero si puede influir en que el consumo sea adquirido por los niños cada vez a menor edad, como lo menciona Mireia Sanz en el año 2004.

Es importante destacar que los datos obtenidos en la investigación frente a la influencia que posee el consumo familiar, en que un niño de 8 a 12 años consume o no alcohol y tabaco, son acordes a lo mencionado por la literatura, a diferencia de los descrito en torno a la tipología y funcionalidad familiar, puesto que son opuestos a los hallazgos obtenidos, generando en nosotros el interés de realizar más investigación, con el fin de identificar que otras variables o influencias descritas por la literatura no se aplican a nuestro contexto. Tal como lo describe Edmon Thiadiere, "Las venturas más dulces para el alma son las que nos llegan sin esperarlas"

10. RECOMENDACIONES

Es importante destacar que los estudios realizados a nivel mundial y en especial en Latinoamérica frente al papel de la familia y la relación con el consumo de alcohol y tabaco se han enfocado en población mayor de 12 años, en los que en su mayoría ya se encuentra instaurado el consumo y en los que factores ambientales y sociales ya juega un papel importante en la vida de ese niño. Por tanto es necesario realizar investigaciones en este grupo de edad con el fin de identificar las características del consumo de alcohol y tabaco específicos para los niños de 8 a 12 años, puesto que no es posible aplicar los resultados de investigación realizados en grupos de mayores de 12 años a estos grupos de edad.

A si mismo los programas, proyectos y actividades de intervención que buscan mitigar el consumo, están en su mayoría dirigidos principalmente a población adolescente, acciones que son positivas cuando el consumo ya está instaurado, pero desde el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, surge la necesidad de crear nuevos programas de intervención que su población objeto sea niños y niñas en este caso de 8 a 12 años en los que la experimentación y el consumo está empezando y en los que no se pueden aplicar los programas que se realizan con los adolescentes.

Es necesario hacer más investigaciones respecto a los factores que influyen en que un niño consuma alcohol y tabaco cada vez a menor edad, puesto que como lo menciona la literatura, existen muchos más factores como los sociales, ambientales, físicos entre otros; igualmente es importante realizar más investigaciones en con niños de 8 a 12 años ya que son pocas las que se han desarrollado y que son significativas a la hora de crear nuevos programas de prevención del consumo.

11. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Alfonso José P, Huedo- Medina Tania B. y Espada José P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. Vol. 25, n°2 recuperado de http://www.um.es/analesps/v25/v25_2/15-25_2.pdf
- ✓ Becoña Iglesias Elisardo (2007). Taller “prevención del consumo problemático de drogas”, Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, recuperado de <http://www.infodrogas.gub.uy/html/actividades/documentos/Uruguay.5.FactoresRiesgoProteccion.27.8.07.pdf>
- ✓ Oficina de las naciones unidas contra las drogas y el delito, (2013). Estudio Nacional De Consumo De sustancias Psicoactivas En Colombia. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_U_NODC.pdf
- ✓ Cogollo, Zuleima (2013). La prevención del inicio del consumo de cigarrillo en escolares: una mirada crítica a los estudios basados en la escuela. Salud publica. recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n2/v15n2a13.pdf>
- ✓ Fernández de Kirchner Cristina, Dr. Manzur Juan Luis, Dr Diosque. Máximo, Dra. Marina Kosakoff. (2012). Encuesta Mundial de tabaquismo en jóvenes . Argentina. Edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco, cohortes. Recuperado de http://www.senda.gob.cl/wpcontent/uploads/2012/02/20120210_boletin07.pdf (2012).
- ✓ López Villalba, Francisco José (2008). Edad de inicio y su relación con el consumo de tabaco en adolescentes . Universidad de Córdoba .
- ✓ Grigoravicius, Marcelo Juan; Pandolfi, Marcela;. (2011). Consumo de sustancias psicoactivas en una población clínica de niños entre 8 y 12 años. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1549/ev.1549.pdf
- ✓ Espada José P, Kenneth W. Griffin, Gilbert J. Botvin, Xavier Méndez. (26 de 09 de 2003). adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. redalyc.org Vol 23 n°84,. recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>
- ✓ Pedra Luis Jorge, p. c. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. revista latino americana de *enfermogen*, vol 19 Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968010>

- ✓ Marcelo Grigoravicius, Andrea Iglesias, Paula Ponce, Julieta García Poulter,. (2013). *Contexto Familiar y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Niños entre 8 y 12 años* . Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S200747191370958X/1-s2.0-S200747191370958X-main.pdf?_tid=b846a2f6-ff5e-11e4-aac5-00000aab0f02&acdnat=1432174481_2add99815b69942e6ccec06dcb666ed1
- ✓ Ramírez Ruiz Martha, Denise de Andrade. (2005). *La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes.* Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea08.pdf>
- ✓ Ministerio de sanidad, s. s. (2013). *La Ley que unificará la edad de acceso al alcohol a los 18 años prohibirá el consumo, la venta y la dispensación a menores.* España .
- ✓ OMS. (2013). *Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo.*
- ✓ OMS. (Junio de 2014). *Informe consumo de alcohol y salud en el mundo.* Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- ✓ Parrado, I. F. (2011). *La importancia de la familia en la educacion infantil.* Recuperado de <http://www.eduinnova.es/monografias2011/mar2011/familia.pdf>
- ✓ Wright, m. d. (2002). *la contribucion de la enfermeria frente al fenomeno de las drogas y la violencia en america latina: un proceso de construccion.*
- ✓ Manrique, Fred. *Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia.* 2009. *Revista Salud Pública.* Vol. 13.
- ✓ González, José. Rodríguez, M & Lomas, M. *Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en inmigrantes latinoamericanos adultos.* 2012. *Revista Latina de Enfermería,* vol n° recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a14v20n3.pdf
- ✓ Observatorio Paraguayo de Drogas. *Pacientes Drogodependientes en Centros de Tratamiento, Censo a Centros de Tratamiento y Grupos de A.A. y N.A.,* 2005. *Secretaría Nacional de Drogas SENAD.*
- ✓ Beleño, Senith & Díaz, G. (2006-2010. 2011) *análisis de las tendencias de consumo de drogas de abuso e impactos en la salud del individuo en países de américa latina años.* *Universidad nacional de Colombia. Facultad de medicina.*

12 . ANEXOS.

12.1 Anexo 1 : Consentimiento informado para el padre de familia o acudiente de los niños entre 8 a 12 años que participarán de la investigación.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE SALUD COLECTIVA**

HOJA DE INFORMACIÓN

**Consentimiento informado para el padre de familia o acudiente de los niños
entre 8 a 12 años que participarán de la investigación**

Estimado padre/madre o cuidador/a:

Como estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana estamos realizando una investigación sobre las características familiares y el consumo de alcohol y tabaco en los niños y niñas de 8 a 12 años. El propósito de esta investigación es conocer el contacto del niño con el alcohol y el cigarrillo y las características de sus familias con el fin de proponer actividades que disminuyan el riesgo de que los niños y niñas fumen o tomen alcohol a temprana edad.

Solicito su autorización para que usted y su hijo (a) participen en ella. Lea toda la información y haga todas las preguntas que necesite, antes de tomar una decisión.

La información que se le proporcionará a continuación será sobre los aspectos centrales de esta investigación en la que usted tiene la posibilidad de elegir dentro del derecho de su autonomía y la del niño(a), si permite o no, ser parte de esta investigación. Es necesario resaltar que pueden retirarse en el momento que desee tanto usted o el menor sin ningún tipo de consecuencias, castigos o juicios para el niño(a) o aquellas sanciones que lo atenten de una u otra manera a usted.

Es necesario que lea cuidadosa y atentamente la información aquí contenida teniendo la libertad de poder preguntar a los encargados de la investigación si hay algún tipo de información que no entiende o que le genera alguna duda.

Esta investigación se desarrollará por estudiantes de último semestre de la Pontificia Universidad Javeriana, quienes estarán a cargo de la recolección y análisis de datos de la Institución Educativa en la Ciudad de Barrancabermeja, en la que su hijo (a) o niño (a) a cargo se encuentra inscrito.

Esta investigación es de mínimo riesgo, ya que no se altera la integridad de ninguno de los estudiantes, padres de familia o acudientes que decidan participar. Si deciden participar en la investigación tendrán que contestar un cuestionario, el tiempo aproximado es de 30 minutos, los cuales se aplicarán en el colegio y en el momento que el padre de familia y las directivas del colegio lo determinen.

Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias para su situación financiera, su empleo o su reputación, la recolección de información será

realizada de forma anónima y/o por medio de la creación de un seudónimo con el cual cada niño y padre de familia o acudiente quieran identificarse.

Estos cuestionarios no preguntan por los nombres de los padres ni de los niños (as) con el fin de mantener su confidencialidad. Ninguna persona del Colegio tendrá acceso a la información acumulada por medio de estos cuestionarios. Los cuestionarios serán guardados en las oficinas de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana bajo llave y en un lugar seguro, solamente accesible a los investigadores de este estudio. Solo en caso de que se piense que su hijo (a) se encuentre en riesgo de algún tipo de daño, físico o psicológico, se levantará la confidencialidad de los datos. El conocimiento que obtendremos de este estudio se compartirá con usted y con las directivas del colegio.

Para establecer y mantener el anonimato, cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad, si es su voluntad, su nombre no será registrado en la encuesta ni en ninguna otra parte. Si durante el diligenciamiento de la encuesta o posterior a esto, usted tiene alguna duda puede contactarse con alguno de los investigadores que se encuentran dirigiendo esta investigación.

Dentro de los beneficios de este estudio se encuentran conocer las características de las familias de los niños de 8 a 12 años que participan en la investigación al igual que, la prevención del consumo de alcohol y tabaco en estas edades.

Le recordamos que la participación en este estudio es enteramente voluntaria y no habrá ninguna sanción por no participar. Preguntaremos a los niños (as) que tienen permiso de sus padres o cuidadores si quieren participar. Se le contestarán todas las preguntas y se aclararán todas las dudas que tenga. Si usted o su hijo (a) o niño(a) a cargo, decide no llenar el cuestionario, se le permitirá retirarse sin ningún tipo de sanción.

El comité de Investigación de la Facultad de Enfermería ha aprobado este estudio. Si tiene preguntas, por favor comuníquese al teléfono (1) 3208320 ext. 2668. O también, puede comunicarse con alguno de los estudiantes que están desarrollando la investigación, por vía telefónica o por correo electrónico. A continuación usted puede encontrar los datos de contacto de cada uno de ellos.

Juan David Díaz Flórez cel. 3208878475
Camila Esperanza Díaz cel. 3104866781
Claudia Patricia Sánchez cel. 3142046673
Ángela Liliana Delgado cel. 3716981708

jdiaz@javeriana.edu.co
camila.diaz@javeriana.edu.co
csanchezi@javeriana.edu.co
Angela.delgado@javeriana.edu.co

Si usted da su permiso para que su hijo o hija participe en este proyecto, por favor firme la carta de consentimiento en la siguiente página. Por favor guarde esta carta.

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO DE
NIÑOS (AS) DE 8 A 12 AÑOS DEL COLEGIO**

Fecha _____

Yo, _____
declaro (declaramos) que hemos leído la información referente a la investigación y se nos ha solicitado autorización para que participemos e igualmente permitamos que nuestro hijo (a) participe en ella.

Declaro que he recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento del estudio, su finalidad, riesgos y beneficios. Entiendo que la participación se limitará a contestar 2 cuestionarios, uno por mí y otro por mi hijo(a) o niño(a) a cargo, para los cuales se dedicará un tiempo de 30 minutos aproximadamente.

He comprendido la información recibida y se han respondido todas nuestras dudas. La participación de nuestro/a hijo/a es voluntaria y conocemos nuestro derecho a retirarnos cuando lo deseemos.

Autorizo a participar en este estudio y a su vez la participación de mi hijo (a) o niño(a)

Nombre padre/madre/acudiente

Firma y No. De Cédula _____

12.2 Anexo 2: Consentimiento informado para niños y niñas entre 8 a 12 años participantes en esta investigación.

Documento de Consentimiento informado para niños y niñas entre 8 a 12 años participantes en esta investigación

La información que a continuación veras tiene que ver con las características de la investigación de la que serás partícipe si estás de acuerdo, es importante que sepas que esta investigación posee un riesgo mínimo, lo que significa no tendrás dificultades con tus padres, profesores o compañeros al ser partícipe de esta, es por esto que es necesario que leas cuidadosamente y atentamente la información aquí contenida, en caso de que algo no te quede claro o te genere alguna duda podrás preguntar en cualquier momento a los integrantes del grupo que está coordinando esta investigación con el fin de que todo quede claro.

Esta investigación es realizada por estudiantes de enfermería de la Pontificia universidad Javeriana, quienes seremos los encargados de recolectar la información, organizarla, analizarla y dar a conocer los resultados a todas las personas interesadas. Nuestra docente asesora es Dora Stella Melo hurtado, quien nos brinda todo su apoyo y conocimiento para que esta investigación se pueda llevar a cabo de forma adecuada.

Esta investigación tiene como principal objetivo identificar las características personales y familiares del consumo de alcohol y tabaco

Se te entregara una encuesta en la que encontraras una serie de preguntas, no existen respuestas correctas o incorrectas, lo importante es que las respondas con la mayor sinceridad posible, sin miedo a ser identificado dado que no escribirás tu nombre sino un seudónimo. Las únicas personas que sabrán que participaste en el estudio somos los miembros del equipo de investigadores y tú.

Esta investigación no presenta ningún riesgo para ti, el mayor riesgo de esta investigación es que no te guste y que no quieras colaborarnos. El beneficio de participar en esta investigación es conocer las características de las familias que pueden intervenir en el consumo de alcohol y tabaco.

Si tienes alguna duda puedes hablar con

| | |
|---------------------------------|------------|
| Juan David Diaz Florez | 3208878475 |
| Camila Esperanza Diaz | 3104866781 |
| Claudia Patricia Sánchez | 3142046673 |
| Ángela Liliana Delgado Alvarado | 3176981708 |

Si estás de acuerdo en participar en nuestra investigación te invitamos a que diligencias los siguientes espacios.

Yo:

_____ identificado con T.I:_____ estoy de acuerdo en participar libremente en la presente investigación. Se me ha explicado que voy a participar en una investigación, que no tiene ningún riesgo para mi y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento.

Firma

12.3 Anexo 3: Cuestionario para padres.

CUESTIONARIO PARA PADRES.

El presente cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en niños de 8 a 12 años y sus respectivos padres o tutores inmediatos, quienes pertenecen a una Institución Educativa de la ciudad Bogotá.

Para que el estudio sea provechoso es muy importante que se contesten todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posible, es por esto que las respuestas solo serán conocidas por la persona que conteste, se le pedirá que se identifique con un seudónimo para mantener su identidad en el anonimato.

INSTRUCCIONES

En el presente cuestionario no hay respuestas correctas o incorrectas, pero cada pregunta debe ser contestada con mucho cuidado, en caso de tener alguna duda puede comunicarse con el delegado de la investigación que estará acompañándolo.

Fecha: _____

Seudónimo: _____

Parentesco con el niño _____

A continuación encontrará una serie de preguntas, léalas detenidamente y marque con una X la respuesta que se ajuste más a su realidad

NO deje ninguna pregunta sin contestar.

1. Sexo:

a. Hombre _____ b. Mujer _____

2. ¿Su edad se encuentra dentro de los siguientes rangos?, por favor señale cual.

a. 20-25 _____ d. 25-30 _____

- b. 30-35 _____
- c. Más de 40 _____
- e. 35-40 _____

3. ¿Su Nivel de Escolaridad es?

- a. Primaria Completa _____
- b. Secundaria Completa _____
- c. Técnico _____
- g. Otro _____
- d. Primaria Incompleta _____
- e. Secundaria Incompleta _____
- f. Profesional _____

¿Cuál? _____

4. ¿Actualmente, con quien vive el niño? Puede escoger varias opciones de acuerdo a lo que sea más cercano a su familia.

- a. Mamá _____
- b. Papá _____
- i. Otros _____
- c. Abuela _____
- d. Abuelo _____
- f. Hermanos (as) _____
- g. Padrastro _____
- h. Madrastra _____

Si su respuesta es otros, ¿con quiénes?

5. ¿Cuál es su estado civil?

- a. Casado (a): _____
- b. Separado (a): _____
- c. Unión libre: _____
- d. Soltero (a): _____

6. ¿Ha fumado alguna vez en su vida? Si: _____ No: _____

7. ¿Ha fumado en los últimos 30 días? Si: _____ No: _____

8. De las personas con los que vive en la casa. ¿Cuántos de ellos fuman? (De su mejor aproximación)

- a. Ninguno _____ Uno _____ Dos _____
- b. Más de dos _____

¿Quién o quiénes? _____

9. ¿Usted ha visto a su hijo o hija fumar cigarrillo? Si: _____ No: _____

10. ¿Ha tomado alcohol o cerveza alguna vez en su vida? Si: _____ No: _____

11. Ha tomado alcohol o cerveza en los últimos 30 días Si: _____ No: _____

12. De las personas con los que vive en la casa. ¿Cuántos de ellos toman alcohol o cerveza? (De su mejor aproximación)

a. Ninguno _____ Uno _____ Dos _____

b. Más de dos _____

¿Quién o quiénes? _____

14. Usted ha visto a su hijo o hija tomar cerveza o alcohol? Si: _____ No: _____

¡Le damos las gracias por participar en nuestra investigación!

12.4 Anexo 4 : Cuestionario de consumo individual y familiar

CUESTIONARIO DE CONSUMO INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Tu Papá____ Tu Mamá____ Tus Hermanos____ Tus Hermanas____

Tu Padrastro____ Tu Madrastra____ Tus Hermanastros____ Tus amigos____

Otros familiares____

Quiénes?_____

4. Con respecto a si tienes Papá o alguna persona que lo reemplace

- Tengo papá____
- Alguien lo reemplaza____
- No tengo papá y nadie lo reemplaza ____

5. Con respecto a si tienes Mamá o alguna persona que la reemplace.

- Tengo mamá____
- Alguien la reemplaza____
- No tengo mamá y nadie la reemplaza ____

6. De las personas que viven contigo en la casa. ¿Cuántos de ellos fuman? (Da tu mejor aproximación)

uno____ dos____ más de dos____ Ninguno fuma____

¿Quién o quiénes?_____

7. De las personas que viven contigo en la casa. ¿Cuántos de ellos toman cerveza o alcohol? (Da tu mejor aproximación)

uno____ dos____ más de dos____

Ninguno toma cerveza o alcohol_____

¿Quién o quiénes?_____

8. ¿Has fumado cigarrillo alguna vez en tu vida? SI__ NO__

9. ¿En los últimos 30 días, has fumado cigarrillo? SI__ NO__

10. ¿Has tomado cerveza o alcohol alguna vez en tu vida? SI__ NO__

11. ¿En los últimos 30 días, has tomado cerveza o alcohol?

SI__ NO__

¡Gracias!, cuando termines de contestar, levanta la mano