

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO EN
ESTUDIANTES DE COLEGIO PÚBLICO Y PRIVADO DEL MUNICIPIO DE CHÍA
DURANTE EL SEGUNDO PERIODO DEL 2016

Colegio Privado

Presentado por:

Franco Del Vecchio Reyes

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A

Facultad de Ciencias de la Salud

Medicina Humana

Trabajo de Investigación

Décimo Semestre X

Bogotá

2016

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO EN
ESTUDIANTES DE COLEGIO PÚBLICO Y PRIVADO DEL MUNICIPIO DE CHÍA
DURANTE EL SEGUNDO PERIODO DEL 2016

Colegio Privado

Presentado por:

Franco Del Vecchio Reyes 1.136.882.172

SALUD PÚBLICA

Medicina Familiar y Comunitaria

Asesores:

Ingrid Carolina García Ayala MD. Médica Familiar y Comunitaria

Pontificia Universidad Javeriana

Marlly Yaneth Rojas Ortiz Bacterióloga y Lab. Clínico, Especialista epidemióloga y
MSc Salud Publica

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A

Facultad de Ciencias de la Salud

Medicina Humana

Trabajo de Investigación

Bogotá

2016

NOTA DE ACEPTACIÓN

Nota de aceptación

Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá D.C. Noviembre del 2016

DEDICATORIA

A Dios por habernos permitido culminar con éxito el desarrollo de este trabajo y darnos la salud para lograr nuestros objetivos.

A las futuras generaciones para que se motiven en el área de la investigación y logren cambiar el mundo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras familias, con todo nuestro amor, por apoyarnos y motivarnos en las adversidades.

Agradecemos a la universidad por proporcionarnos el conocimiento y los métodos a través de los profesores para desarrollar este proyecto.

A las instituciones educativas que nos permitieron realizar nuestro proyecto en sus instalaciones

A nuestras asesoras metodológicas por el apoyo académico e intelectual que nos ofrecieron en el desarrollo y gestión de la investigación.

Gracias a Daniel Uribe Parra MD. por hacer parte de este proyecto, por todo el tiempo que dedico y los aportes que realizo.

CONTENIDO

LISTAS ESPECIALES.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	13
4. IMPACTO	15
5. OBJETIVOS.....	16
6. MARCO TEÓRICO	17
7. METODOLOGÍA	26
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
9. RESULTADOS	31
10. DISCUSIÓN.....	36
11. CONCLUSIONES.....	38
12. BIBLIOGRAFIA.....	40
13. INFORMACIÓN GENERAL.....	44
15. ANEXOS	46

LISTAS ESPECIALES

Tablas

- Tabla 1 Descripción de la población del Colegio Publico
- Tabla 2 Características de la población consumidora de cigarrillo
- Tabla 3 Características de la población consumidora de alcohol
- Tabla 4 Prevalencia muestral del consumo de cigarrillo entre hombres y mujeres en el Colegio Público
- Tabla 5 Prevalencia muestral del consumo de alcohol entre hombres y mujeres en el Colegio Público
- Tabla 6 Características de población del Colegio Público consumidora de otras sustancias

Anexos

- Anexo 1 Consentimiento y asentimiento informado
- Anexo 2 Instrumento.
- Anexo 3 Cronograma de actividades
- Anexo 4 Carta de aprobacion por parte de la Universidad.
- Anexo 5 Carta de presentación al Colegio Privado
- Anexo 6 Carta de presentación al Colegio Publico
- Anexo 7 Carta de aceptación del asesor

Abreviaturas

- AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test
- Ca Cancer
- EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva
- OMS Organización Mundial de la Salud
- OPS Organización Panamericana de la Salud
- RAE Real Academia de la Lengua Española

RESUMEN

Con el objetivo de determinar prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de colegio público y privado del municipio de Chía durante el segundo periodo del 2016 se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo y multicéntrico, de donde se establecerán variables sociodemográficas y prevalencia de consumo de alcohol y cigarrillo, a través de un instrumento diseñado por los investigadores. De una muestra de 240 estudiantes de los cuales 34 (14 hombres 20 mujeres) cumplieron los criterios de inclusión y se les fue realizada la encuesta. El promedio de edad fue de [15.0-16.9] años para los hombres y de [15.1-16.7] para las mujeres. La información fue tratada en el programa Excel y en el programa Stata versión 13.0, donde se realizó la gestión de datos y análisis estadístico, teniendo como resultados los siguientes datos: el 82.35% de los estudiantes han consumido alcohol alguna vez en su vida, el 17.64% de los participantes han consumido cigarrillo, la edad de inicio de consumo de cigarrillo fue a los 17 años, para el alcohol es de 16 y 18 años para hombres y mujeres respectivamente y para concluir Los resultados de la investigación demuestran que los programas de prevención deberían iniciarse entre los estudiantes de 14 años o menos, ya que a esta edad o incluso en menores que esta, representan el equivalente al 50% de los consumidores adolescentes

PREVALENCIA, ALCOHOL, CIGARRILLO, TABACO, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

ABSTRACT

In order to determine prevalence of alcohol consumption and cigarette in students from public and private school in the municipality of Chia during the second period of 2016 in a descriptive, multicentric cross-sectional study, where sociodemographic variables and prevalence of consumption of alcohol and cigarette will be established through an instrument designed by the investigators. In the sample of 240 students in which 34 of them (14 men 20 women) met the inclusion criteria and were the survey was applied. The average age was [15.0-16.9] for men and [15.1-16.7] for women. The information was processed in Excel and Stata version 13.0, where data management and statistical analysis was performed, with his data results: the 82.35% of students have consumed alcohol sometime in their life, 17.64% of participants consumed cigarette, the age of onset of cigarette smoking was at 17, for alcohol is 16 and 18 years for men and women respectively. The research results show that prevention programs should be initiated between students of 14 years or less, because at this age or even lower than this, representing the equivalent of 50% of teen consumers

PREVALENCE, ALCOHOL, CIGARETTES, TABACO, SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLE.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo y de la historia se puede encontrar que el consumo de cigarrillo y de alcohol en adolescentes, sobretodo el consumo social, se inicia en etapas tempranas de la adolescencia por diferentes variables psicosociales.(5) Esta forma de consumo puede llegar a producir complicaciones médicas, normalmente a mediano y largo plazo, y es responsable de tasas de morbilidad elevadas en la vida adulta. Sin embargo, el consumo de alcohol y cigarrillo se asocia a corto plazo con otras conductas de riesgo para la salud física, mental y social en los adolescentes.(14)

El primer contacto con el alcohol y el tabaco, se da en la mayoría de los casos de forma social siendo los familiares o los amigos los contactos de referencia para el inicio, es frecuente en estadios tempranos de la adolescencia, generalmente en edades entre los 12 y 17 años. (16)

La mayoría de los adolescentes fuman o toman bebidas alcohólicas ocasionalmente sin que ello esté relacionado con problemas psicosociales significativos, aunque un número importante de ellos presenta un patrón de consumo regular, que los somete a los riesgos mayores y a un posible contacto con sustancias psicoactivas ilegales que pueden ser aún más nocivas para la salud(1)(4).

El objetivo general de este estudio es estimar la prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en adolescentes de octavo a undécimo grados de dos colegios, privado y público del municipio de Chía, Colombia. En este trabajo se presentan la prevalencia de consumo de alcohol y cigarrillo, y algunos factores sociales asociados ya que el alcohol y el cigarrillo son las sustancias psicoactivas mas consumidas al ser legales en el país.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la adultez, que se caracteriza por una interacción social activa; en donde los jóvenes buscan reafirmar su independencia, rechazando los valores convencionales de la sociedad, acercándolos al consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol y el cigarrillo (1). Durante este periodo de la vida, se consolida todo tipo de comportamientos, entre estos, los hábitos saludables y no saludables que tienen un impacto a corto o largo plazo en salud (2).

El consumo de alcohol y cigarrillo son problemas de impacto en salud pública que constituyen una carga importante de morbilidad, por sus efectos deletéreos en la salud de los individuos (3). Los jóvenes son un grupo vulnerable debido a que tienden a adquirir mayores conductas de riesgo, sin embargo, es una población que facilita la realización de acciones de promoción y prevención, pues tienden a modificar sus hábitos y costumbres de forma más sencilla que los adultos (4).

Tanto el consumo riesgoso de alcohol, (*“corresponde a aquel que por su cantidad – medida en gramos de alcohol puro–, patrón o circunstancias, aumenta el riesgo de daños a la salud física, psicológica y/o social, ya sea propia o de terceros”*) (5), como dependiente (*“entendido como el consumo más frecuente de una sustancia y en dosis más altas”*) tienen una estrecha relación con problemas de ruptura social a nivel familiar, académico y laboral (1).

A nivel mundial la OMS reporta una prevalencia de 2 billones de consumo de alcohol entre mayores de 15 años, lo que corresponde al 40% de la población mundial; es decir, que, de cada 5 personas, 2 consumen alcohol (6). El consumo de alcohol es un factor de riesgo para más de 200 enfermedades como trastornos mentales, cognitivos, y comportamentales, intoxicaciones agudas, cirrosis hepática alcohólica, cáncer de garganta, boca y mama; y además es un generador de violencia, accidentes de tránsito y deterioro de la calidad de vida (7). En 2012, 3,3 millones de defunciones fueron atribuibles al consumo de alcohol, es decir, el 5,9% de la población en mención (8). Se estima que cada año mueren de 2 a 2,5 millones de personas debido al consumo de alcohol (9).

En Colombia, según la Encuesta Nacional RUMBOS en el 2001 aplicada a 200.876 jóvenes escolarizados de 10 a 24 años, el inicio de consumo de bebidas alcohólicas ocurre a una edad promedio de 15,6 años. El 44,1% de esta población inicia consumo a los 15 años o menos (10). Para el 2008 el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia muestra un consumo del 19,55% en grupos de edad de 12 a 17 años. (11) En el año 2011 el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar de 12 a 17 años en Colombia con una muestra de 95.303 estudiantes registro que el 63,4% del total de encuestados, es decir 2 de cada 3 individuos, declararon haber consumido alguna bebida alcohólica en su vida. Esta misma encuesta describe la población consumidora según algunas variables sociodemográficas encontrando que no hay diferencia significativa en cuanto al sexo que para ambos se acerca al 63%; el uso de alcohol en el último mes

está directamente relacionado con el grado, siendo mayor en undécimo. Además existe un mayor consumo en población de 16 a 18 años esto del 58,6% y una diferencia entre el consumo en colegio público y privado del 38,3% y 44.1%, respectivamente (12). Para el año 2013 el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia el 19.32% de la población en edades de 12 a 17 años consumieron alcohol en el último mes antes de haberse realizado la encuesta (13).

El consumo de alcohol en adolescentes escolares registra una prevalencia anual que supera el 76,3% (14). Se registra una incidencia de 21,6% de casos entre hombres y un 24% entre mujeres (15). En Antioquia, región de alta frecuencia de consumo, se han encontrado prevalencias en 2015 de 94% en mayores de 18 años (16). El inicio de consumo de bebidas alcohólicas, para ambos sexos, es cercano a embriaguez, que ocurre entre los 12 y los 13 años (1) (11) (12) (13).

Por otra parte, el consumo de cigarrillo es la causa más importante de enfermedad prevenible en el mundo (17). Su consumo es un factor de riesgo a largo plazo y aumenta la gravedad de enfermedades como: hipertensión, diabetes, EPOC, asma, infecciones del aparato respiratorio, cáncer pulmón, vejiga, mama, boca, garganta, esófago; complicaciones ginecobstetricias como: aborto espontáneo, parto prematuro y bajo peso al nacer; aumento del riesgo biopsicosocial como depresión, abandono, demencia (3). Además, mata a la mitad de los consumidores, cobrando la vida de 6 millones de personas cada año, de las cuales 5 millones son consumidores y más de 600.0000 son fumadores pasivos. El 80% del total de fumadores, es decir un estimado de mil millones en el mundo viven en países en vía de desarrollo. (18) (19) (20)

Diferentes factores influyen en el uso de tabaco, entre ellos la exposición como fumador pasivo (persona que no fuma, pero recibe el humo de alguien que si, la exposición a la publicidad de tabaco y la facilidad de acceso a bajos precios económicamente. Lo anterior ha causado un incremento en el consumo de tabaco entre adolescentes escolares, que ha aumentado proporcionalmente según la edad (21).

Para el 2008 el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad, el consumo actual de cigarrillo es significativamente inferior al consumo de cualquiera de los otros grupos de edad, con cifras de 5.93%. En el año 2011 el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar de 11 a 18 años en Colombia registro que, del total de los encuestados 24,3% habían consumido cigarrillo de tabaco en algún momento de su vida, con cifras de 28% y 21% en hombres y mujeres, respectivamente. Al igual que para el alcohol, describió a la población en cuanto al consumo y variables sociodemográficas así: el mayor consumo se encuentra en escolares de 16 a 18 años siendo este del 17,36%; el uso de tabaco aumenta sistemáticamente, pasando de 4% de prevalencia en el grado sexto, a un 15.4% en el undécimo grado. Además un 9.4% de los estudiantes de establecimientos públicos declararon haber fumado tabaco el último mes, contra un 10,8% de los de

colegios privados (12). Ya en el año 2013 el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, precisa que individuos en edades de 11 a 17 años tienen una prevalencia de consumo de cigarrillo del 4,77, la más baja entre edades más altas (13).

Por tal motivo el propósito de este trabajo es establecer la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en un colegio privado y uno público del departamento de Cundinamarca en el municipio de Chía durante el año 2016, además, de caracterizar la población adolescente que se encuentra en riesgo de consumo de estas sustancias o que tienen contacto con las mismas con el fin de efectuar y socializar actividades de prevención primaria, para aquellos que aún no han iniciado el consumo, y prevención secundaria dirigida a estudiantes que ya han establecido un contacto directo con el consumo de tabaco y el alcohol.

El ambiente escolar es un ambiente propicio de prevención primaria y secundaria en salud y dado al enfoque comunitario de la facultad de medicina es importante socializar estrategias preventivas e identificar el consumo de alcohol y tabaco para conocer si las cifras epidemiológicas se acercan a las de nivel nacional y dado que existen pocos estudios epidemiológicos en ambientes escolares es de nuestro gran interés conocer la prevalencia del consumo de estas dos sustancias nocivas para la salud que tienen gran aceptación a nivel social, de ahí sale la pregunta de esta trabajo de investigación ¿Cuál es la prevalencia de consumo de alcohol y cigarrillo en un colegio del sector privado y uno del sector público.

3. JUSTIFICACIÓN

El consumo regular de alcohol, cigarrillo y otras sustancias psicoactivas está relacionado con problemas mentales y físicos, además son factores de riesgo para problemas sociales, económicos, legales, como para mantener relaciones interpersonales y familiares (5) (22) (19) (5). Los principales padecimientos de quien consume regularmente puede afectar el estado de ánimo llevándolo a ansiedad, depresión e irritabilidad, problemas para dormir, dificultades para mantenerse en el estudio o en el trabajo, y problemas cognitivos relacionados con la memoria y la atención, entre otros. Mientras el consumo dependiente trae consigo problemas más severos como: tolerancia, problemas serios físicos y mentales, disfuncionalidad en la vida cotidiana, deseos intensos y ansias de consumo, comportamientos criminales, ruptura en las relaciones personales, mayor dificultad para dejar el consumo y al hacerlo síndrome de abstinencia, etc (3) (20)

El entorno cultural y social colombiano considera el consumo de alcohol y cigarrillo en adolescentes como situaciones normales y absueltas de culpa, en las que incluso en los entornos familiares existe una gran flexibilidad para el acopio de dichas sustancias, pues representa una forma de madurez y afinidad por la adultez. Los adolescentes son considerados un grupo de riesgo, importante en la problemática de desarrollo del comportamiento individual y social. Factores como la susceptibilidad, la tolerancia social y la publicidad de la industria inclinan a una sociedad de consumo; que hace vulnerable al individuo por involucrarse comportamientos de riesgo como adquirir enfermedades de transmisión sexual, bajo rendimiento académico, disociación familiar, entre otros. (23) (24) (25)

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2013), 87% de la población general con edades entre 12 y 65 años ha consumido alcohol alguna vez en la vida (prevalencia de vida). Entre los hombres la prevalencia de vida es 90% y entre las mujeres es 82%. La prevalencia anual o consumo de alcohol en el último año es 61% en la población general, siendo entre los hombres 72% y entre las mujeres 52%. La prevalencia de consumo de alcohol en el último mes es 35%, siendo 46% entre los hombres y 25% entre las mujeres. Esto es, de cada 10 colombianos mayores de 15 años, casi nueve han consumido alcohol alguna vez en la vida, seis lo hicieron en el último año y un poco más de la tercera parte lo hicieron en el último mes. (26)

Para Colombia el 44,1% de la población inicia el consumo de bebidas alcohólicas a los 15 años o menos, comunidad importante para el abordaje de estrategias de prevención al consumo y evitar el riesgo de evolucionar a enfermedades crónicas (27). Durante el año 2009 en la ciudad de Tunja se realizó un estudio acerca del consumo de alcohol en estudiantes de 13 a 18 años, como resultado se encontró que la prevalencia global del consumo de bebidas con contenido de alcohol fue de 72,6%, lo que representa una alta frecuencia de consumo en dicha población (1).

En 2001 se aplicó la primera Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes en colegios públicos de Bogotá para vigilar el uso de tabaco en los jóvenes escolares, en donde el 62% de los estudiantes de Bogotá ha probado alguna vez el cigarrillo (27). Para el 2007 se realizó otra encuesta sobre el tabaquismo en 5 ciudades de Colombia en población estudiantil, conjunto para las cinco ciudades, la prevalencia de vida promedio de consumo de cigarrillos o algún producto de tabaco fue de 55,5% (17).

Este estudio busca identificar la prevalencia del consumo de cigarrillo y alcohol en una población escolar de bachillerato y reconocer posibles factores de riesgo implicados en el consumo de estas sustancias en estudiantes de dos colegios del municipio de Chía, de educación privada y pública de grados bachilleres desde octavo hasta undécimo, con el fin de socializar diferentes estrategias preventivas propuestas por el Ministerio de Salud y la Organización Mundial en Salud para lograr un impacto positivo en la salud y riesgos de estos adolescentes.

Además el sistema de salud colombiano está enfatizando en la importancia de los programas preventivos a nivel nacional y comunitario; al examinar con la comunidad el problema de consumo de tabaco y alcohol en adolescentes se puede lograr un impacto positivo en otros factores de riesgo que son favorecidos por el consumo de alcohol y tabaco como conductas sexuales de riesgo, consumo de otras sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, homicidios, uso de armas, accidentes de tránsito, y patologías crónicas como enfermedad cardiovascular, cáncer de pulmón, vejiga, esófago, etc.

La Medicina Familiar es la especialidad médica que proporciona atención continua e integral al paciente y a la familia. Los elementos conceptuales de la salud comunitaria son la práctica de la atención primaria. Teniendo como requisitos el trabajo por programas y el uso local de la epidemiología para identificar las necesidades de salud pública y la evaluación de las intervenciones

Por este motivo se escogió como línea de investigación la medicina familiar y comunitaria ya que el objeto de estudio es ver al ser humano con una perspectiva biológica, psicológica y social para poder ver los niveles de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia y cuidado. El ámbito de la medicina familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades.

La investigación se realizó en los colegios a y b, por su ubicación ya que son colegios que se encuentran muy cerca el uno del otro, además uno es público y el otro privado, requisito necesario para la investigación. Finalmente, la selección se hizo por conveniencia pues los investigadores conocían los colegios.

4. IMPACTO

Es aceptado por la sociedad el hecho de que el consumo de alcohol y cigarrillo es la puerta de entrada al consumo de sustancias ilegales, al igual que la causa de problemáticas sociales, de violencia y principalmente de salud. Con este trabajo, se busca hallar la prevalencia del consumo de estas sustancias, con el fin de identificar aquellos jóvenes en quienes se debe realizar un enfoque de prevención y motivación en el abandono de las mismas, esto a partir de la socialización de las estrategias que mundialmente y localmente han sido aprobadas e instauradas a las con las instituciones educativas que hicieron parte de la investigación. Para que los entres educativos se enteren de la problemática que existe en sus instituciones y de este modo puedan aplicar dichas estrategias. Por ejemplo, prohibir el uso de cigarrillo y promover los espacios libres de fumadores en las instituciones, es una medida sencilla que tienen un impacto positivo e importante en la reducción del número de fumadores. De este modo, los efectos de beneficio a mediano y largo plazo sería la conservación y recuperación de la salud, la reducción en la prevalencia de jóvenes consumidores de alcohol y cigarrillo, la prevención del consumo de sustancias ilícitas y evitar enfermedades, como cirrosis hepática, hepatitis alcohólica, gastritis, pancreatitis, cáncer laríngeo, cáncer pulmonar, entre otras.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de octavo a undécimo grado, en un colegio público y privado de Chía en el 2016.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las variables sociodemográficas asociadas con el consumo de alcohol y cigarrillo en la población objeto de estudio.
2. Comparar los resultados del estudio entre el colegio público y el privado.
3. Socializar estrategias de prevención del consumo de cigarrillo y alcohol con las directivas de la población a estudio .

4. MARCO TEÓRICO

6.1 CIGARRILLO

6.1.1 Definición:

Según la Organización Mundial de la Salud, “Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo.” (20)

El cigarrillo, ha estado implementado en su forma más primitiva, aproximadamente desde el siglo XVI, en donde se fumaban trozos de hojas de tabaco enrolladas; transcurridos los años, comenzó a ser fabricado y distribuido con características más atractivas para el cliente. Actualmente, hacen productos que parecen ser más saludables o poco dañinos para la salud, como por ejemplo el “cigarrillo light”, o aquel que contiene humo más suave o menos visible (20).

La nicotina, un alcaloide derivado de las hojas de plantas de tabaco, es el componente más conocido por la población en general y el principal componente adictivo del tabaco, esta sustancia puede provocar, taquicardia, disfunción cardiaca, vasoconstricción periférica, depresión o activación del sistema nervioso central, aumento de la tensión arterial, entre otras alteraciones. La dosis tóxica en humanos está entre 10 y 20 mg, y la dosis letal es entre 0,5 y 1 mg por kg de peso (23).

Otros compuestos del cigarrillo son los herbicidas, fertilizantes, metales pesados, arsénico, pesticidas residuales y cianuro, estos sin embargo son poco nombrados, ya que podrían persuadir a la población consumidora para dejar de comprar el producto; al igual que estos, los fabricantes tampoco les interesan nombrar las sustancias que componen los filtros o las tinturas usadas (20)

6.1.2 Epidemiología:

El consumo de tabaco es considerado el principal factor de riesgo evitable, para enfermedad y muerte prematura en todo el mundo. En la actualidad, aproximadamente 5,4 millones de personas mueren cada año debido a enfermedades relacionadas con el tabaco (28).

En Colombia según la Liga de Lucha contra el Cáncer, cerca de 5 millones de personas fuman cigarrillo en el 2001, equivalente a un 19% de la población cifra alarmante, en cuanto al efecto deletéreo de la salud (29).

La prevalencia del consumo de cigarrillo en Colombia, en personas en edades entre 18 y 69 es de 12,8% tasa mayor en hombres que en mujeres. Sin embargo, son porcentajes que han disminuido a través de los años en 1993 del 21,4%, en 1998 del 18,9%, en el 2007 del 12,8% y en el 2013 del (22). Por otro lado, el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas del 2013 revela el 42.1% de las

personas encuestadas, población de 12 a 65 años, declara haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida, aunque solo el 12.9% ha usado esta sustancia al menos una vez en los últimos 30 días.

Específicamente entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad, el consumo actual de cigarrillo es significativamente inferior al consumo de cualquiera de los otros grupos de edad con una prevalencia estimada de 4.77% (13). El uso de tabaco aumenta considerablemente de acuerdo a la edad (21), en escolares de 11 a 12 años un 2.8%, y entre 16 y 18 años 17.4%. Se ha establecido el consumo actual de cigarrillo cercano a un 10% en edades de 11 a 18, en mayor parte hombres (11.9%) que en mujeres (7.9%). Otras caracterizaciones de la población consumidora, se refieren a el promedio de edad de inicio o de primer contacto con el cigarrillo que es aproximadamente 17 años, con una diferencia de algo más de un año entre hombres y mujeres, tanto que el 50% de la población menciona haber consumido por primera vez a los 16 años o antes. (13) El uso de tabaco aumenta sistemáticamente, pasando de 4% de prevalencia en el grado sexto, a un 15.4% en el undécimo grado. Además, un 9.4% de los estudiantes de establecimientos públicos declararon haber fumado tabaco el último mes, contra un 10,8% de los de colegios privados (12)

6.1.3 Factores de riesgo y etiología:

Las principales causas para el consumo de cigarrillo parten de la **imitación**, por curiosidad del consumidor al ver en forma repetida como fuman en su núcleo social; **amistades íntimas** por la necesidad de aceptación por los demás para demostrar autonomía e independencia, **el primer cigarrillo** por experimentar, lo cual supone una experiencia agradable o desagradable; o el caso de quienes ya presentan cierto grado de dependencia, y es cuando lo hacen por **placer físico y psicosocial**, en donde a pesar el inicio del consumo de cigarrillo produzca o no placer físico, la satisfacción psicosocial es mayor (30).

6.1.4 Manifestaciones Clínicas:

Los efectos fisiológicos, que se presentan ante el consumo de nicotina disminución del apetito, anorexia, estimulación del sistema nervioso central en cuanto a cambios anímicos, incluso puede llegar a aliviar síntomas depresivos menores, incrementa la actividad intestinal, hasta el punto de producir diarrea, produce sialorrea por estimulación glandular, al igual que diaforesis, produce incluso taquicardia por estimulación de receptores alfa adrenérgicos, así mismo puede llegar a aumentar la tensión arterial, estimula la memoria y la vigila de hecho en las personas que consumen tabaco con frecuencia dependen de él para ayudarlos a cumplir ciertas tareas y desempeñarse bien. (20) (31)

El consumo de cigarrillo puede llegar a producir una serie de enfermedades entre las cuales se encuentran: Ca laríngeo, Ca pulmonar, Ca vejiga, Ca de esófago;

enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad oclusiva arterial periférica, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ulceraciones pépticas (32).

6.1.5 Diagnóstico:

El diagnóstico de consumo de abuso de cigarrillo se puede realizar utilizando instrumentos psicométricos que evalúan el grado del tabaquismo, o dependencia a la nicotina. Existen diferentes instrumentos para medir esta variable sin embargo en Colombia para fines prácticos, el Test de Fagerstrom, es la única herramienta ampliamente utilizada y una de las pocas disponibles en español. (33)

Campo A. Adalberto y colaboradores, en un estudio en el que comparan el desempeño psicométrico de la escala de Fagerstrom para dependencia de la Nicotina (FTND) y la Escala para Dependencia de Cigarrillo (CDS) en Adultos de Bucaramanga, Colombia, mostró que ambos test tienen buena consistencia interna, la escala CDS muestra mejor desempeño psicométrico en comparación con la FTND, sin embargo esta escala se encuentra en inglés y no se está validada para Colombia (33).

Diferentes estudios utilizan la escala de Fagerstrom como instrumento psicométrico en pruebas para establecer la prevalencia en el consumo de tabaco (34), la cual incluye 6 ítems que clasifican la dependencia como baja, moderada y alta. La CDS es una escala de doce ítems con patrón de respuesta tipo Likert que da puntuaciones entre doce y sesenta.

6.1.6 Estrategias de prevención:

El Convenio Marco para el control del tabaco CMCT de la OMS, es un tratado internacional, adoptado en el 2003 por la 56 Asamblea Mundial de Salud, que promueve un conjunto de medidas de amplio alcance destinadas a proteger a la gente de los efectos del consumo de tabaco. Actualmente hay 180 países adscritos a este convenio sin embargo no todos promueven las mismas políticas. Colombia hace parte del CMCT desde el 10/04/2008. (22) (19) Durante los últimos años, gracias a los lineamientos establecidos por este convenio, Colombia ha logrado un compromiso nacional e internacional a través de una estructura normativa sólida. En el informe de epidemia mundial del tabaquismo (OMS 2013) se evidencia que cualquier país puede establecer un programa para reducir el consumo de tabaco, indistintamente del nivel de ingresos o estructura política del país. Sin embargo, sólo 24 países, 15% de la población mundial, disponen de servicios nacionales integrales para ayudar a los consumidores a dejar de fumar. (19) (35)

Las medidas más importantes del CMCT son la protección de niños y jóvenes frente al tabaco, para evitar que comiencen a fumar, fácil acceso al asesoramiento para dejar el hábito de fumar, protección a los fumadores pasivos frente al consumo de tabaco, el uso de advertencias informativas sobre el peligro del tabaco, la regulación de los productos de tabaco, entre otras, Según lo referido por OMS en el año 2015, la mejor manera de adaptar políticas y determinar la epidemia del

tabaquismo se consigue a través de un seguimiento eficaz, con encuestas representativas entre jóvenes y adultos de todo el país. (22) (36) (37)

El sistema Global de Vigilancia del Tabaco (GTSS por sus siglas en inglés), se estableció por la OMS con la participación de Estados Miembros, con el fin de implementar protocolos de monitoreo, vigilancia y control del consumo de tabaco. Actualmente incluye la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos, en estudiantes de profesiones de la salud, en personal escolar y en jóvenes (EMTJ), estrategias que han sido aplicadas en diferentes países alrededor del mundo (24) (38).

La medida implantada de prohibición completa de tabaco en todos los lugares de trabajo, lugares públicos y medios de transporte público entre 2007 y 2012 fue aprobada en 32 países, lo que generó la protección de aproximadamente 900 millones de personas. Desde 2010 se aprobaron leyes rigurosas de creación de espacios sin humo en 12 países, que abarcan 350 millones de personas (19).

El día mundial de la salud formalizado por la OMS y la Secretaría del Convenio Marco, ha sido celebrado años tras año desde 1987 cada 31 de mayo, esta estrategia tiene como objetivo promover políticas eficaces para reducir ese consumo de tabaco, para este año el día mundial de la salud lleva como nombre “Prepárate para el empaquetado neutro” (22).

En Colombia, se creó la Resolución 3961 de 2009 la cual dicta medidas de prevención como lo es evitar el uso de información engañosa para los consumidores que pueda inducir sesgos, haciendo creer que existen productos menos nocivos por su menor concentración o contenido más seguro que otros (39). Por otro lado, se establece la Ley 1335 del 2009 en la cual se crean estrategias y programas para estimular el abandono del consumo de tabaco, bajo responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales deben incorporar y diseñar el plan decenal de salud pública y las acciones que permitan promover la atención de servicios de rehabilitación, cesación y curación de la población consumidora de tabaco que tenga alguna patología relacionada con este hecho (40).

Las estrategias que regulan el contenido de las etiquetas y empaques de los productos del tabaco fueron establecidas dentro del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Según la OMS las advertencias textuales y gráficas impactantes reducen el número de niños que empiezan a consumir y aumenta el número de fumadores que dejan el tabaco, persuadiendo de que protejan su salud y la de los no fumadores. Sin embargo, solo 42 países, la mayoría de ingresos bajos o medios y que representan el 19% de la población mundial, aplican estas prácticas de advertencias gráficas (41). Otra medida de prevención fue el aumento de los impuestos y el precio de los productos derivados del tabaco con el objetivo de reducir su consumo, además de restringir la venta o la importación de productos libres de impuestos (42).

Teniendo en cuenta lo dicho por la OMS, esta estrategia es la más eficaz, especialmente en jóvenes y pobres, ya que se puede lograr una reducción del consumo hasta un 4% en países desarrollados y 5% en países en vía de desarrollo,

incrementando un 10% los impuestos al cigarrillo de tabaco (41) (37). En Colombia es la ley 633 del 2000 es la que instituye normas de los impuestos al consumo y a la venta de los productos derivados del tabaco (43).

6.2 ALCOHOL:

6.2.1. Definición:

En química, el alcohol es un compuesto derivado de los hidrocarburos que contienen grupos hidroxilo, (44) este puede estar presente en numerosas bebidas alcohólicas, y cuyas concentraciones suelen variar, pueden ir de 5% al 20% inclusive en algunas bebidas puede llegar hasta el 40%; normalmente, estas bebidas tienen una concentración que no supera el 14 % de alcohol. El etanol (alcohol etílico) es el compuesto psicoactivo principal que se encuentra en estas bebidas alcohólicas. (44)

Las bebidas alcohólicas han estado junto a la evolución de la civilización por más de 10.000 años. (45). Estas bebidas han sido la sustancia más utilizada y más aceptada por la sociedad, además, históricamente fue la primera droga que apareció en los textos en términos de abuso. (46). El primer proceso de destilación documentado fue aproximadamente 800 a.C, a través del tiempo el proceso fue realizado con mayor calidad, específicamente, durante la era industrial, gracias a la tecnología y nuevos avances en la química, se logra perfeccionar el proceso de destilación, además de la creación de nuevos mecanismos publicitarios que hacen de este producto más atractivo para el cliente. (47)

El alcohol una vez absorbido, realiza su proceso de biotransformación en el hígado, con una velocidad de 10 ml/hora, utilizando para ello tres vías metabólicas: vía de la enzima alcohol deshidrogenasa, vía del sistema microsomal de oxidación (MEOS) y vía de las catalasas. El grupo hidroxilo, que posee una molécula de etanol, le confiere una gran facilidad para formar puentes de hidrógeno con el agua y así alterar la estructura de las moléculas presentes en la matriz extracelular. Ejerce acción sobre el neurotransmisor GABA, aumentando la conductancia del ión cloro, mecanismo este responsable de la depresión primaria en la intoxicación aguda a mayor cantidad mayor intoxicación.

6.2.2. Epidemiología:

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en Colombia y en el resto del mundo (26) (13), la prevalencia del consumo de alcohol es de 2 billones de personas lo que corresponde a cerca del 40%, es decir que de cada 5 personas 2 consumen alcohol en la población mundial mayor de 15 años. Se estima que cada año mueren de 2 a 2,5 millones de personas debido al consumo de alcohol, siendo este causal de más de 200 enfermedades y trastornos: como trastornos mentales, comportamentales, intoxicaciones agudas, cirrosis hepática alcohólica, violencia y accidentes de tránsito (8).

Según la OMS, se observó que durante el periodo del 2015 se reportaron mayores casos de personas consumidoras de bebidas alcohólicas comparado con los datos epidemiológicos reportados en el 2009. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol. Además, la influencia de alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad (8).

Según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado en Colombia durante el periodo del 2013, se encontró que la edad de inicio de consumo de alcohol es de 16 y 18 años para hombres y mujeres respectivamente; sin embargo, se reporta que el 25% de los consumidores lo hicieron por primera vez a los 15 años o menos. Por otro lado, se encuentra que los jóvenes entre los 18 y 24 años son quienes representan la tasa más grande de uso de esta sustancia psicoactiva. Con respecto al estrato socioeconómico, se evidencia que el consumo de alcohol es directamente proporcional al estrato socioeconómico al que pertenece el individuo (48).

En el país, cerca de 35% de la población con edades entre 12 y 65 años son consumidores de alcohol. Alrededor de 2,4 millones de personas presentan un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol; esta cifra representa el 35% del total de consumidores. La mayor prevalencia de consumo de alcohol se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años (46%), seguidos por los adultos jóvenes con edades entre 25 y 34 años (43%). La mayor proporción de consumidores de riesgo o perjudicial de alcohol se encuentra en estos mismos grupos de edad. Cerca de 20% de la población entre 12 y 17 años de edad consume alcohol, de estos uno de cada tres consumidores presenta un consumo de riesgo o perjudicial, lo que en términos globales equivale a 6,14% de la población total del país en este rango de edad (48)

6.2.3. Factores de riesgo:

En cuanto a los factores de riesgo que inducen a un adolescente al consumo de alcohol se encuentran principalmente las situaciones personales, en donde existe una asociación entre momentos agradables y la necesidad de consumo, este hecho bajo la influencia del entorno del adolescente y la presión social generando así patrones de consumo donde el adolescente va ingerir alcohol en actividades sociales ya sean fiestas, reuniones, partidos de futbol etc puesto que culturalmente no esta mal visto. Por el contrario, la inseguridad, la frustración, los problemas de dinero y la presión social, son hechos que crean una asociación entre los momentos desagradables y la situación de consumo (49)

En cuanto al género, la relación del consumo de alcohol es de 5/1 siendo más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo, la prevalencia en las mujeres ha venido en aumento siendo más acentuada en la edad adulta. Teniendo en cuenta la herencia, la probabilidad de presentar el evento es de 3 a 4 veces más alta cuando la consanguinidad es directa (31)

De acuerdo a los estudios realizados, se ha encontrado que existe una probabilidad mayor de ser alcohólico cuando se presentan en el individuo antecedentes familiares de consumo importante de esta sustancia psicoactiva con respecto a aquellos que no lo tienen (31); por otro lado, la influencia de la sociedad, la cultura, y sobre todo de la familia es fundamental, ya que precisamente estos últimos son los encargados de la formación del adolescente y específicamente son quienes deben estar atentos ante situaciones de riesgo de consumo (49) (8)

6.2.4. Manifestaciones clínicas:

Aproximadamente más del 50% de las muertes producidas por cirrosis hepática están relacionadas con el consumo de alcohol, sin embargo, se aclara que no todos los consumidores de esta sustancia psicoactiva padecerán la enfermedad. Otras afecciones pueden ser la hepatitis alcohólica, la afección tóxica de las células hepáticas, la esteatosis hepática y el acúmulo de grasa en las células hepáticas (46).

El sistema digestivo puede verse afectado con el consumo habitual, puede presentarse gastritis, alteraciones en el tránsito intestinal, desequilibrios nutritivos, aumenta el riesgo de padecer cáncer de esófago y de estómago. El continuo consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo y una de las causas más frecuentes que provocan pancreatitis. La polineuritis alcohólica se caracteriza por una alteración en los nervios periféricos, y es provocada por el consumo recurrente y habitual de alcohol (46). Por otro lado, se ha evidenciado un aumento en las reacciones adversas a nivel de la placenta en los hijos de personas que han estado expuestos al alcohol y alteraciones hormonales que pueden ser causantes de esterilidad (31).

A nivel psiquiátrico el alcoholismo se relaciona con sentimientos de ansiedad, depresión, se puede desarrollar conductas violentas y agresivas, esquizofrenia y se relaciona con el abuso de otras sustancias psicoactivas (31). Puede causar también alucinosis alcohólica y encefalopatías alcohólicas en donde se presentan lesiones neuronales y focos de necrosis. (32) (46)

6.2.5. Diagnóstico:

Existen una serie de cuestionarios creados bajo distintos criterios, con sensibilidad y especificidad variada que se han implementado y se siguen implementando con el fin de acercarse al diagnóstico de alcoholismo o identificar a aquellas personas con consumo perjudicial. Dentro de estas podemos encontrar el test CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation) es un cuestionario de cuatro preguntas sencillas, que permiten realizar el cribaje del alcoholismo. Su sensibilidad oscila entre 49 y 100% y su especificidad entre 79 y 100%, y su uso se ha extendido gracias a su brevedad y facilidad de puntuación (50)

El MALT (Münchener Alkoholismus Test) se realiza para el diagnóstico de dependencia alcohólica, a través de la explora los aspectos psicológicos y las conductas de una posible dependencia alcohólica. Su sensibilidad es del 100% y su

especificidad del 80%, varios autores lo consideran como uno de los test más interesantes para la investigación del alcoholismo. El test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), se trata de un cuestionario de 10 preguntas que evalúan la cuantificación del consumo de alcohol, los síntomas de dependencia del alcohol, las consecuencias adversas y los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Este test busca detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol y sobre todo el consumo de riesgo, presenta una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% (50).

Como los test de cribado anteriormente nombrados existen otros cuantos, sin embargo, ninguno de estos nos permite un diagnóstico efectivo y certero en todos los casos de consumo de alcohol. Sin embargo, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, creó una serie de criterios específicos para el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol, como lo son la dependencia y el abuso de alcohol (51)

El síndrome de dependencia alcohólica según lo definido por la OMS, corresponde a un estado psíquico y físico en el cual se presenta una conducta compulsiva, en la que se pretende ingerir alcohol de forma continua y periódica ^{7, 32}. La OMS tiene en cuenta ciertos parámetros para la definición de alcoholismo, en una mujer el consumo de alcohol diario debe superar los 50 g y en el hombre debe estar por encima de 70 g. (31)

6.2.5 Estrategias de prevención:

La estrategia global creada por la OMS y aprobada por la Asamblea Mundial de Salud en el 2010, es llamada la EMRUNA (Estrategia Mundial para la Reducción del uso Nocivo de Alcohol), esta comprende una serie de intervenciones y opciones de políticas con las cuales se pretende la concientización sobre los problemas causados por el uso nocivo de alcohol, la construcción de conocimientos sobre la problemática y las alternativas para superarla, el fortalecimiento de la capacidad de respuesta para la prevención de los problemas asociados al consumo nocivo de alcohol, la mejora de los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y por último desarrollar políticas públicas evaluables (48)

La evidencia obtenida por la EMURA demuestra que es significativo que existan políticas que reduzcan la disponibilidad física de alcohol, además de restricciones de la venta de alcohol a través de licencias, controles a la publicidad, limitación en el horario de venta y contar con leyes que exijan una edad mínima para la compra de alcohol, lo anterior ha demostrado una reducción en el número de problemas relacionados con el alcohol. (48)

En Colombia la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo de Alcohol, abarca componente específico de educación preventiva sobre riesgos y peligros del consumo de alcohol en la estructura curricular de los programas de educación básica secundaria, y en establecimientos públicos y privados de todo el

país. La realización de campañas y programas de sensibilización y concientización social sobre la problemática del consumo nocivo de alcohol, orientadas a fomentar la responsabilidad ciudadana en el uso de esta sustancia y, en particular, el compromiso de los adultos en la protección de los niños y los adolescentes frente a los riesgos de consumir bebidas embriagantes, es uno de sus principales propósitos. (39) La familia, la escuela, los medios de comunicación, la comunidad y a los responsables políticos de la misma, son los entes fundamentales que deben estar implicados en la prevención primaria de conductas de riesgo (46).

En el ámbito escolar se deben incorporar aspectos preventivos acerca del consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, ya que este sistema es el encargado junto con la familia de la formación integral de los adolescentes, por este motivo durante la etapa escolar se deben realizar actividades de enseñanza de habilidades sociales, haciendo énfasis en la toma de decisiones razonables, además del desarrollo de actitudes y capacidades que fortalezcan la personalidad del adolescente para no caer bajo situaciones de presión de grupo. Es importante además hacer una reflexión con los adolescentes acerca de la influencia de los mensajes publicitarios, y sobre todo se debe resaltar las conductas saludables (45)

En los adolescentes, la prevención del consumo abusivo de alcohol, se encuentra ligado con la prevención de conductas desajustadas de los jóvenes, que debe ser considerado desde la educación para la salud, con una contemplación biopsicosocial necesaria para lograr cambios en el adolescente, es decir que la prevención no es una labor únicamente de los profesionales de la salud o de la educación, como tampoco de los padres, la prevención debe desarrollarse de forma integral con el adolescente y todo lo que lo rodea (46)

5. METODOLOGÍA

7.1. DEFINICIÓN DEL MÉTODO:

Es un estudio transversal de tipo descriptivo y multicentrico, de donde se establecerán variables sociodemográficas y prevalencia de consumo de alcohol y cigarrillo, a través de un instrumento diseñado por los investigadores. Este trabajo fue llevado a cabo por los investigadores Franco Del Vecchio, Sebastian Martinez y Verónica Murcia quien es conjunto realizaron la parte teórica de la investigación pero al momento de realizar la práctica se dividieron por instituciones generando así cada uno un trabajo con resultados diferentes.

7.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

7.1.1 Población: La población de referencia abarca adolescentes, matriculados en el colegio a (publico) y el colegio b (privado) del municipio de Chía, que se encuentren cursando los grados octavo, noveno, décimo o undécimo. En el colegio público hay un total de 156 estudiantes y en el colegio privado un total de 250 estudiantes.

7.1.2 Muestra: No se calcula el tamaño de la muestra, ya que se incluye el total de la población que está cursando estos grados. En el momento de realizar las encuestas se tomará asistencia de los estudiantes presentes al momento de la actividad. Del total de 156 estudiantes en el colegio público respondieron la encuesta 49 y de un total de 250 estudiantes del colegio privado, respondieron la encuesta 34 estudiantes.

7.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

7.2.1 Criterios de Inclusión: En el estudio se incluyeron aquellos estudiantes que estuviesen matriculados en uno de los dos colegios y que se encontraran cursando alguno de los grados octavo, noveno, décimo o undécimo. Además, para los menores de edad se incluyeron aquellos que tenían firmado el asentimiento informado y el consentimiento informado por parte de sus padres o tutor responsable del menor. Los estudiantes mayores de edad que tuviesen el asentimiento firmado pudieron participar también en el estudio.

7.2.2 Criterios de Exclusión: Se excluyeron aquellos estudiantes menores de edad que no firmaron el asentimiento informado o en quienes sus padres no diligenciaron el consentimiento informado. Se excluyeron además los mayores de edad que no diligenciaron el asentimiento informado y los estudiantes que no asistieron a la institución educativa los días en los que se realizó la encuesta.

7.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

La información se recolectó a través del cuestionario realizado por los investigadores (Anexo 2), en donde se tuvieron en cuenta tanto el consumo de alcohol y cigarrillo además de variables sociales tales como grado escolar, estrato socioeconómico y conformación de la familia y variables demográficas tales como sexo y edad.

7.4 RECOLECCIÓN DE DATOS:

En un principio, se estableció un contacto y se realizó una visita de campo con las instituciones educativas a y b donde se les informó acerca del presente proyecto, se hizo énfasis en sus implicaciones éticas y sus beneficios; posteriormente, se firmaron las autorizaciones respectivas por parte de cada colegio dirigidas desde la facultad de medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, con el fin de poder realizar el proyecto de investigación de dichas instituciones.

En una segunda visita a los colegios se repartieron a los grados octavo, noveno, décimo y undécimo de ambos colegios dos circulares con los consentimientos y los asentamientos informados, en esa ocasión se realizó una corta charla en cada salón acerca del objetivo del proyecto y sus implicaciones éticas.

Posteriormente, en una tercera visita a los colegios, se recibieron las circulares que habían sido diligenciadas. La recolección de los datos se realizó en aquellos sujetos que cumplían los criterios de inclusión, a través de datos primarios, el instrumento utilizado para la captura de los datos fue la encuesta diseñada por los investigadores del presente estudio que incluyó diferentes variables sociodemográficas y preguntas acerca del consumo y primer contacto con sustancias como el alcohol y el cigarrillo. Por último se realizaron dos visitas más para la recolección de datos de los estudiantes que no habrían asistido o que no traían consigo el consentimiento o asentimiento diligenciado, en la tercera visita a los colegios.

7.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Tras haber recolectado la información con el cuestionario realizado por los investigadores, se recopiló la información en el programa Excel, se organizaron las variables en columnas y a los participantes en filas cada uno con su correspondiente respuesta. Se agregaron las tablas al programa Stata versión 13.0, donde se hizo el respectivo análisis de los resultados.

7.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Para el análisis de los datos primarios obtenidos a través de la encuesta, se tomó cada uno de los instrumentos diligenciados y se digito en el programa Excel. En el programa Stata versión 13.0, se realizó la gestión de datos, análisis estadístico, el trazado de gráficos y las simulaciones en cuanto a las descripciones de variables sociodemográficas con los resultados generales de las encuestas.

El análisis de los datos incluyó una descripción y caracterización de la muestra a través de la prevalencia del consumo y las variables sociodemográficas. Además, se calcularon indicadores de prevalencia de consumo para cada sustancia por colegio, edad, sexo, grado escolar, estrato socioeconómico e integrantes del domicilio; esto a través de medidas de tendencia central.

El control de sesgos de información se realizó mediante un entrenamiento riguroso a los encuestadores para la aplicación del instrumento.

7.7 VARIABLES DEL ESTUDIO:

VARIABLES	CATEGORÍA	DEFINICIÓN	PREGUNTA Y ESCALA DE MEDICIÓN	RESULTADO DE MEDIDA
Edad	Cuantitativo	Tiempo que ha vivido una persona en años.	¿Cuántos años tiene? Discreta	1. Menor de 12 2. 12 3. 13 4. 14 5. 15 6. 16 7. 17 8. 18 9. 19 10. Mayor de 19
Sexo	Cualitativo	Condición orgánica, masculina o femenina	¿Cuál es su sexo? Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Grado escolar	Cualitativo	Cada uno de los diversos estados o niveles que, en relación de menor a mayor, se encuentra matriculado el estudiante.	¿Qué grado escolar está cursando? Ordinal	1. Octavo 2. Noveno 3. Décimo 4. Undécimo
Estrato socioeconómico	Cualitativo	Proceso para clasificar los inmuebles residenciales de un municipio o distrito con base en las	¿A qué estrato socioeconómico pertenece? Ordinal	1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro 5. Cinco

		características de la vivienda y de acuerdo al nivel socioeconómico, para efectos de facturación y subsidios.		6. Seis
Integrantes del domicilio	Cualitativa	Con qué personas vive	¿Con quién vive? Nominal	1. Solo madre 2. Solo padre 3. Ambos padres 4. Madre o padre y su pareja 5. Uno o más abuelos 6. Otros familiares 7. Otros no familiares 8. Solo
Consumo de cigarrillo	Cualitativa	Fuma cigarrillo de tabaco	¿Fuma o ha fumado cigarrillo de tabaco? Nominal	1. Si. 2. No
Número de cigarrillo que fuma	Cuantitativa	Número de cigarrillos que consume/fuma en el día.	¿Cuántos cigarrillos fuma al día? Discreta	1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Más de tres
Edad de primer contacto con el cigarrillo	Cuantitativa	Edad en la que la persona consumió/fumó por primera vez cigarrillo	¿A qué edad fumó por primera vez? Discreta	1. Menor de 13 2. 13 3. 14 4. 15 5. 16 6. 17 7. 18 8. 19 9. Mayor de 19
Consume alcohol	Cuantitativa	Toma bebidas alcohólicas	¿Ha tomado alcohol? Nominal	1. Si 2. No
Consumo de bebidas alcohólicas por primera vez	Cuantitativa	Edad en la que consumió/ tomo alcohol por primera vez	¿A qué edad consumió una bebida alcohólica por primera vez? Discreta	1. Menor de 13 2. 13 3. 14 4. 15 5. 16 6. 17 7. 18 8. 19 9. Mayor de 19
Consumo de otras	Cualitativa	Consumo de otras sustancias psicoactivas tales	¿Ha consumido otro tipo de	Cual

sustancias psicoactivas		como marihuana, cocaína, heroína, LSD, entre otras.	sustancia psicoactiva? Nominal	
-------------------------	--	---	-----------------------------------	--

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo de la presente investigación se contemplaron los siguientes aspectos éticos:

Se tiene en cuenta la resolución 008430 del 4 octubre de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud”, con la que se pretende dar a conocer los riesgos mínimos a aquellas personas que participan en la investigación y obtener el consentimiento informado por parte de las instituciones que participan¹⁶.

Consentimiento informado: se anexa el consentimiento informado de cada institución en la que se aplicará la encuesta.

Compromiso de divulgar los resultados a las instituciones que participaron como sujetos de investigación en el presente proyecto.

Principio de confidencialidad: se guardará la confidencialidad de la información y la identidad de los participantes se protegerá.

Principio de no maleficencia: no se realizará ningún procedimiento que pueda hacerles daño a los participantes en este estudio.

Autonomía: en la investigación, sólo se incluirán aquellos estudiantes que acepten voluntariamente participar y se respetará la decisión de los que no deseen participar.

Enmascarar a los individuos participantes del colegio, para la identificación del estudiante se colocará un código, para ratificar el número de participantes, dentro de la población.

En trabajo paso por un riguroso comité de ética medica donde fue aprobado cumpliendo con todos los requisitos para ser realizado

Por respeto a las instituciones y solicitud de las mismas, no se revelará el nombre de estas ya que los resultados de la investigación pueden afectar su buen nombre.

7. RESULTADOS

9.1 RESULTADOS DEL COLEGIO PRIVADO:

El estudio incluyó estudiantes de los grados octavo, noveno, décimo y undécimo, con un total de 240, de los cuales se obtuvo información de 34 estudiantes, ya que los demás no cumplían con los criterios de inclusión. El rango de edades fue entre 12 y 19 años con una mediana de 16 años para los hombres y 15.9 para las mujeres. La mayoría de los estudiantes se encontraba en el grado undécimo y pertenecían al estrato socioeconómico 6. Las características de la muestra analizada se registran en la Tabla N°1.

Tabla N°1. Descripción de la población del Colegio Privado			
	Hombre	Mujeres	Total
Sexo	14	20	34
Consumo de Alcohol			
Si	12	16	28
No	2	4	6
Consumo de cigarrillo			
Si	2	4	6
No	12	16	28
Edad			
Media edad en años	16 95% IC [15.0-16.9]	15.9 95% IC [15.1-16.7]	
Mediana edad	16	17	
Nivel educativo			
Octavo	1	4	5
Noveno	3	4	7
Décimo	4	4	8
Undécimo	6	8	14
Estrato socioeconómico			
Estrato 4	1	3	4
Estrato 5	7	8	15
Estrato 6	6	9	15
Personas con las que vive			
ambos padres	11	14	25
madre y padrastro	0	2	2
otros familiares	0	1	1
padre y madrastra	0	0	0
solo madre	2	2	4
solo padre	1	0	1
sin datos	0	1	1

La prevalencia de consumo de cigarrillo en el colegio privado es del 17.6 encontrando que los grados décimo y undécimo suman el 83.3% de todos los eventos de consumo, en el grado noveno no se identificaron casos de consumo y la edad de inicio en un 50% de la muestra es a los 14 años. Se encontró que el 66.6 % de los estudiantes consumidores de cigarrillo son de sexo femenino y el 33.3% masculino así mismo se encontró que el 83.3 % vive con ambos padres En cuanto al estrato económico la mayoría de los eventos fueron registrados en el estrato socioeconómico 5, por el contrario el estrato 4 fue en el que menos eventos fueron encontrados. Se encontró que el 100% de los consumidores de cigarrillo también habían consumido alcohol alguna vez, Estos datos se encuentran descritos en la Tabla N°2

Tabla N°2. Características de la población consumidora de cigarrillo			
Edad de consumo	n=	FR	FA
15	2	33.3%	33.3%
16	1	16.7%	50%
17	1	16.7%	66.7%
18	2	33.3%	100%
Total	6		
Sexo			
Femenino	4	66.6%	66.6%
Masculino	2	33.3%	100%
Total	6		
Nivel Educativo			
Octavo	1	16.6%	16.6%
Decimo	2	33.3%	49.9%
Undécimo	3	50%	100%
Total	6		
Personas con las que vive			
Ambos padres	5	83.3%	83.3%
Solo madre	1	16.6%	100%
Total	6		
Nivel Socio-Económico			
Estrato 4	1	16.6%	16.66%
Estrato 5	3	50%	56.6 %
Estrato 6	2	33.3%	100%
Total	6		
Edad de inicio cigarrillo			
13	2	33.3 %	33.3%
14	3	50%	83.3%
15	1	16.6%	100%
Total	6		
Consumo de cigarrillo y alcohol			
Mujeres	4	66.6%	66.6%
Hombres	2	33.3%	100%
Total	6		

En cuanto al consumo de alcohol, se identificó que el 71.3% de los eventos de consumo se encuentran en el grado décimo y undécimo. Teniendo en cuenta el nivel socioeconómico en los estratos 5 y 6 se registró el 89.2% del consumo, encontrando que el 67.9% de los estudiantes que consumen alcohol viven con ambos padres. La edad de inicio de consumo de alcohol con más casos fue a los 13 y 14 años, representando el 57% de los casos siendo el 57.1% de los estudiantes de sexo femenino y el 42,9% restante masculino. El 17.6 % de los consumidores de alcohol también consumen cigarrillo. Estos datos se describen en la Tabla N°3.

Tabla N°3. Características de la población consumidora de alcohol				
<u>Edad de consumo</u>		n=	FR	FA
	13	1	3.5%	3.5%
	14	4	12.2%	15.7%
	15	5	17.8%	33.5%
	16	6	21.4%	54.9%
	17	4	14.2%	69.2%
	18	7	25%	94.3%
	19	1	3.5%	100%
	Total	28		
<u>Sexo</u>				
	Femenino	16	57.1%	57.1%
	Masculino	12	42.9%	100%
	Total	28		
<u>Nivel Educativo</u>				
	Octavo	4	14.2%	14.2%
	Noveno	4	14.2%	28.4%
	Decimo	8	28.5%	57%
	Undécimo	12	42.8%	100%
	Total			
<u>Nivel Socio-Económico</u>				
	Estrato 4	3	10.7%	10.7%
	Estrato 5	12	42.8%	53.5%
	Estrato 6	13	46.4%	100%
	Total			
<u>Personas con las que vive</u>				
	Ambos padres	19	67.9%	67.9%
	Otros familiares	3	10.7%	78.5%
	Madre y padrastro	1	3.5%	82%
	Solo madre	4	14.2%	96.2%
	Solo padre	1	3.5%	100%
	Total	28		
<u>Edad de inicio alcohol</u>				
	Menor de 12	1	3.5%	3.5%
	12	4	14.2%	17.7%
	13	8	28.5%	46.2%
	14	8	28.5%	75%
	15	7	25%	100%
	Total	28		
<u>Consumo de cigarrillo y alcohol</u>				
	Mujeres	4	66.6%	66.6%
	Hombres	2	33.3%	100%
	Total	6		

Las prevalencias del consumo de cigarrillo y alcohol según el sexo se detallan en las Tablas N° 4 y N° 5 respectivamente. La prevalencia de consumo de cigarrillo en hombres fue de 14.2% y en las mujeres de 20%, para un total de 17.6% en toda la muestra. Con el alcohol, en general el 82.3% de los estudiantes encuestados declararon haber consumido alcohol alguna vez en la vida, dentro de los cuales se identificó una prevalencia de 85.7% para los hombres, y la prevalencia para las mujeres fue de 80%.

Tabla N° 4. Prevalencia en la muestra de consumo de cigarrillo entre hombres y mujeres en el Colegio privado	
Hombres	14.2 de cada 100 niños hombres entre los 13 y los 19 años de edad consumen cigarrillo
Mujeres	20 de cada 100 niñas entre los 13 y los 19 años de edad consumen cigarrillo
Total	17.6 de cada 100 niños entre los 13 y los 19 años consumen cigarrillo

Tabla N°5. Prevalencia en la muestra de consumo de alcohol entre hombres y mujeres en el Colegio privado	
Hombres	85,7de cada 100 niños hombres entre los 13 y los 19 años consumen alcohol
Mujeres	80 de cada 100 niñas entre los 13 y los 19 años de edad consumen alcohol
Total	82.3 de cada 100 niños entre los 13 y los 19 años consumen alcohol

Se identificó consumo de otras sustancias psicoactivas. Donde se encontró que el 11.7% de los estudiantes han consumido marihuana, el 5,85% a consumido cocaína y de los que han consumido sustancias ilegales el 33.3% ha consumido cocaína y marihuana.

Tabla N°6. Características de población del Colegio Público consumidora de otras sustancias		
	Número de estudiantes	Frecuencia Relativa
Marihuana	4	66.6
LSD	2	33.3
Perico	0	0
Éxtasis	0	0
Cigarrillo, alcohol, marihuana, extasis, lsd	0	0

8. DISCUSIÓN

En el presente estudio se observa que el alcohol es la sustancia que registra una mayor prevalencia de consumo, el 82.35% de los estudiantes han consumido alcohol alguna vez en su vida, siendo mayor la prevalencia en mujeres que en hombres. Por otro lado, el 17.64% de los participantes han consumido cigarrillo alguna vez, en este caso, la prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres.

La prevalencia de consumo de alcohol es mucho mayor comparada con el estudio realizado en un colegio privado, donde se encontró una prevalencia del 34.7%, siendo la cifra superior en mujeres que en hombres.

En cuanto a la prevalencia del consumo de cigarrillo en colegio privado 17,6%, se obtuvieron datos similares realizados en el colegio privado con una prevalencia global del 16.3%, , siendo la cifra superior nuevamente en las mujeres en relación a los hombres. (53)

También se evidencia que el 50% de los estudiantes inician el consumo de tabaco a los 14 años; para el alcohol, la edad de inicio más representativa fue de los 13 a 14 años. En contraste con el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado en Colombia, donde encontraron que la edad de inicio de consumo de cigarrillo fue a los 17 años, para el alcohol es de 16 y 18 años para hombres y mujeres respectivamente, sin embargo, el 25% de los consumidores lo hicieron por primera vez a los 15 años o menos. (13)

Lo anterior, resalta el hecho de que la edad de inicio para realizar intervenciones en los adolescentes en cuanto a la prevención y promoción del consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas, debe ser temprana y en grados escolares iguales o incluso menores que octavo, en los centros educativos, con refuerzos y estrategias contundentes que logren prevenir, diagnosticar, y tratar a los consumidores incluso hasta el final de la básica secundaria. (7)

Tal como lo muestran los resultados del presente estudio como del realizado en colegio público, el consumo de alcohol y cigarrillo aumenta respectivamente con los grados escolares (53). Es por esta razón que deben existir estrategias formativas y pedagógicas que reviertan el consumo.

Se encontró que el 100% de los consumidores de cigarrillo también consumían alcohol, por lo que si se realizan intervenciones en el grupo de consumidores de alcohol, reduciría probablemente el consumo de cigarrillo.(14)

Los niveles socioeconómicos más bajos con respecto al Colegio Público tienen más riesgo de consumo, por otro lado los estratos socioeconómicos más altos, 5 y 6 en el Colegio Privado simulan el mayor riesgo de consumo de sustancias, sin embargo, las características de la población encuestada constituyen una de las limitaciones del estudio, ya que los resultados son extrapolables solo si la población cuenta con características socioculturales similares, dado que estas resultan ser muy cambiantes en los diferentes entornos escolares, a nivel nacional e internacional.

Finalmente, los adolescentes que consumen otro tipo de sustancias no lícitas, estos casos puntuales requieren de abordajes multidisciplinarios y acompañamiento por parte de instituciones educativas, redes de apoyo social, acompañamiento médico psiquiátrico, apoyo psicoterapéutico entre otros.

9. CONCLUSIONES

El proyecto “Prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de colegio público y privado del municipio de Chía durante el segundo periodo del 2016” aporta información que amplía el conocimiento de la situación de consumo de alcohol y cigarrillo, como el de otras sustancias ilícitas en población especialmente joven y adolescente.

La edad de inicio para realizar intervenciones en los adolescentes en cuanto a la prevención y promoción del consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas, debe ser temprana y en grados escolares iguales o incluso menores que octavo, en los centros educativos, con refuerzos y estrategias contundentes que logren prevenir, diagnosticar, y tratar a los consumidores incluso hasta el final de la básica secundaria.

Dentro de los aspectos más importantes del estudio, el inicio de consumo tanto para alcohol y cigarrillo en ambos colegios asemeja un contacto precoz, el cual requiere la necesidad de instaurar los programas preventivos tanto para quienes no consumen, como quienes sí lo hacen. A pesar que tanto el alcohol como el cigarrillo está prohibida su venta a menores de edad, el consumo no deja de ser riesgoso. Los resultados requieren un reforzamiento de la conciencia social en torno al acceso de estas drogas en menores de edad, tanto en el comercio como en los hogares.

Tal como lo muestran los resultados los grados educativos mas altos, que corresponde a los consumos mas prominentes deben existir estrategias formativas y pedagógicas que reviertan el consumo.

Dentro de los pilares fundamentales y prioritarios de las políticas de salud pública para la población adolescente en Colombia, se encuentra el diagnóstico del consumo de sustancias y de factores asociados, que logren orientar competencias ciudadanas e incluso acciones institucionales para cada sede educativa que orienten la reducción del consumo de sustancias; de forma que se logren generar acciones basadas en la evidencia y que ello resulte imprescindible, con la premisa de que se trata de un grupo estratégico para trabajar promoción y prevención en cuanto al consumo. La mayoría de los individuos que han consumido cigarrillo también consumen alcohol, por lo que intervenciones en el grupo de consumidores de alcohol, reduciría probablemente el consumo de cigarrillo.

Se demuestra la necesidad de fortalecer controles a la oferta orientados al consumo interno, en los centros educativos, de sustancias lícitas entre los estudiantes. Siendo que existe una prohibición de la venta a menores de edad, su acceso es relativamente fácil.

La investigación permite identificar los grupos vulnerables a los cuales se deben dirigir acciones de intervención de forma prioritaria; esto con respecto a las variables

sociales y demográficas, como edades de consumo, de primer contacto, grados escolares, y margen educativo es decir red pública o red privada.

Los niveles socioeconómicos más bajos con respecto al Colegio Público tienen más riesgo de consumo, por otro lado los estratos socioeconómicos más altos 5 y 6 en el Colegio Privado simulan el mayor riesgo de consumo de sustancias, sin embargo, las características de la población encuestada constituyen un sesgo y los resultados no son extrapolables. Cabe resaltar la dificultad en la toma de muestra, por la falta de colaboración de los estudiantes respecto al diligenciamiento de los consentimientos de los padres, así mismo el desinterés al momento de la socialización de los resultados.

Por los resultados encontrados en la investigación, se puede aconsejar que los programas de prevención deberían iniciarse entre los estudiantes de 14 años o menos, ya que a esta edad o incluso en menores que esta, representan el equivalente al 50% de los consumidores adolescentes o a partir del décimo grado. Finalmente, los adolescentes que consumen otro tipo de sustancias no lícitas, estos casos puntuales requieren de abordajes multidisciplinarios y acompañamiento por parte de instituciones educativas, redes de apoyo social, acompañamiento médico psiquiátrico, apoyo psicoterapéutico entre otros.

10.BIBLIOGRAFIA

1. Manrique Abril G, Ospina JM, Garcia Ubaque JC. Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. Rev. salud pública. 2011;; p. 13.
2. Martínez Mantilla JA, Amaya Naranjo W, Alfredo Campillo , Díaz Martínez A, Campo Arias. Consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes: Factores psicosociales relacionados con el genero. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 Septiembre - Octubre;; p. 6.
3. Organización Panamericana de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. In La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria"; 2011; Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud. p. 73.
4. Pardo C, Piñeros M. Consumo de tabaco en cinco ciudades de Colombia, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, 2007. Biomedica. 2010;; p. 10.
5. Margozzini P, Sapag J. El consumo riesgoso de alcohol en Chile: tareas pendientes y oportunidades para las políticas públicas. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2015;; p. 18.
6. Nash N, Gonzalez J, Hernandez LS, Bravo LA, Lopez MF. Prevalencia en el consumo de alcohol en los adolescentes. Revista PsicologíaCientífica.com. 2012 Julio;; p. 14.
7. Ospina J, Manrique F, Riaño N. Confiabilidad y dimensionalidad del Cuestionario para Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de Tunja (Colombia). Salud Uninorte. 2012;; p. 28.
8. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva, Switzerland.: World Health Organization; 2014. Report No.: 978 92 4 069276 3.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Suiza. : Organización Mundial de la Salud; 2011.
10. Presidencia de la República de Colombia. Juventud y consumo de sustancia . psicoactivas: Resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá D.C.: Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá; 2001.
11. Gobierno Nacional de la República de Colombia. Estudio nacional de consumo . de sustancias psicoactivas en Colombia 2008. Bogotá;; 2008.

- 12 Gobierno Nacional de la República de Colombia. Estudio nacional de consumo . de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia 2011. Bogota;; 2011.
- 13 Gobierno Nacional de la República de Colombia. Estudio nacional de consumo . de sustancia psicoactivas en Colombia 2013. Bogota;; 2013.
- 14 Campo Arias , Ceballos GA, Herazo E. Consumo de cigarrillo en estudiantes de . una ciudad de Colombia: Factores asociados por género. Rev. salud pública. 2009;; p. 12.
- 15 Rodríguez Gázquez MDIA, Álvarez Gómez M, Martínez Sánchez LM, Carrillo . Trujillo D, Mejía Espinosa SA, Valencia Ruiz M, et al. Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de pregrado de una universidad privada de Medellín, 2007. Investigación y Educación en Enfermería. 2009 Marzo; XXVII(1): p. 9.
- 16 Fabor T, Higgins J, Saunders J, Monteiro M. Cuestionario de Identificación de . los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. 2001;; p. 40.
- 17 Mokdad A, Marks J, Stroup D, Gerberding J. Actual causes of death in the . United States, 2000. JAMA. 2004;; p. 7.
- 18 Organizacion Mundial de la Salud. World Health Organization. [Online].; 2015 . [cited 2016 Octubre. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
- 19 Organizacion Mundial de la Salud.. Informe OMS sobre la epidemia mundial de . tabaquismo. Ginebra, Suiza.: OMS; 2013.
- 20 Organizacion Mundial de la Salud; Ministerio de Sanidad y Consumo. Tabaco: . mortifero en todas sus formas. 2008;; p. 20.
- 21 C. Malcon M, B. Menezes M, S. Maia dF, Chatkin M, G. Victora C. Prevalência . e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. Rev Panam Salud Publica. 2003;; p. 7.
- 22 Ministerio de Salud y Protección Social. Socialización del informe final de . evaluación de necesidades para la ampliación del Convenio Marco de Control del Tabaco, Cifras oficiales para Colombia. [Online].; 2016. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documents/General/Cifras-tabaco-Colombia.pdf>.
- 23 Molero Chamizo A, Muñoz Negro JE. Psicofarmacología de la nicotina y . conducta adictiva. Universidad de Granada. 2005;; p. 52.
- 24 Varona Pérez P, Rodríguez M, Alfonso K, Bonet M, Guillermo García, , . Fernández Larrea1 , et al. Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. Rev Panam Salud Publica. 2003;; p. 6.
- 25 Vigil Santos AG, Ballestero Otero C, Detojeiro Gomez J. Lo que usted debe . saber sobre el alcoholismo. Guinea Ecuatorial;; 2011.

- 26 Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Estrategia nacional de . respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia. [Online].; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-alcohol-colombia.pdf>.
- 27 Wiesner C, Peñaranda D. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. . Reporte de Bogotá, Colombia. Rev Colomb Cancerol. 2002;; p. 14.
- 28 World Health Organization. Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Data . Release Policy. WHO; 2013.
- 29 Baez Parra D, Deckers Pinzon M, Silva Martin M, Gomez Rojas JD. Encuesta . de prevalencia al consumo de cigarrillo en la Pontificia Universidad Javeriana. Univ. Psychol. Bogotá. 2003;; p. 6.
- 30 Pérez Milena , Martínez Fernández ML, Redondo Olmedilla , Álvarez Nieto C, . Jiménez Pulido , Mesa Gallardo. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. Gac Sanit. 2012;; p. 7.
- 31 Gómez Lopera , Vélez Correa F, Vélez Zuluaga G. Consumo de alcohol y . cigarrillo en estudiantes de medicina de la universidad CES. Universidad CES. 2008;; p. 103.
- 32 Braunwald , Eugene , Fauci , Anthony S, Hauser , Stephen L, et al. - HARRISON . – Medicina Interna. 18th ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2009.
- 33 Campo Arias A, Herazo E, Barros Bermúdez A, Rueda Jaimes E, Díaz Martínez . A, Díaz Francisco J. Dependencia a la nicotina: Desempeño psicometrico de dos escalas en adultos. Investig. andina. 2011;; p. 23.
- 34 Etter J, Houezec J, Perneger. A Self-Administered Questionnaire to Measure . Dependence on Cigarettes: The Cigarette Dependence Scale. Neuropsychopharmacology. 2003;; p. 28.
- 35 Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control . del Tabaco. Ginebra, Suiza.: OMS; 2003.
- 36 Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. . Informe sobre control de tabaco en la región de las Américas,. Washington;; 2016.
- 37 Cogollo Z. La prevención del inicio del consumo de cigarrillo en escolares: una . mirada crítica a los estudios basados en la escuela. Rev. salud pública. 2013;; p. 9.
- 38 W Warren C, Asma S, Lee J, Lea V, Mackay J. Global Tobacco Surveillancen . System. Atlanta: CDC Foundation; 2009.

- 39 Ministerio de la Protección Social. Resolución número 3961. 2009..
- .
- 40 Congreso de Colombia. Ley 1335. 2009..
- .
- 41 Organización Mundial de la Salud. Convenio marco de la OMS para el control . de tabaco: Directrices para la aplicación. Ginebra: OMS; 2011.
- 42 Congreso de Colombia. Ley 1109. 2006..
- .
- 43 Congreso de Colombia. Ley 633. 2000..
- .
- 44 Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. . Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España; 1994.
- 45 Marco del Convenio entre Ministerios del Interior, de Educación y Cultura, de . Sanidad y Consumo de España. Prevención del consumo de alcohol y tabaco. España.
- 46 Pons Diez J, Berjano Peirats E. El consumo abusivo del alcohol en la . adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social. España: Plan Nacional sobre drogas; 1999.
- 47 Muñoz de Cote Orozco J. Las bebidas alcohólicas en la historia de la . humanidad. www.medigraphic.org.mx. 2010;; p. 11.
- 48 Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo . del alcohol. Ginebra;; 2010. Report No.: 978 92 4 359993 9.
- 49 Cicua D, Mendez M, Muñoz L. Factores en el consumo de alcohol en . adolescentes. Pensamiento Psicológico. 2008; 4ta: p. 20.
- 50 Guardia Serecigni J, Jiménez Arriero MA, Pascual P, Florez G, Contel M. . ALCOHOLISMO: Guías clínicas basadas en la evidencia científica SOCIDROGALCOHOL. Barcelona: Socidrogalcohol; 2007.
- 51 American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los . Trastornos Mentales DSM-IV-TR. IV ed. Barcelona: Masson; 2002.
- 52 Secretaría de Salud de México. Análisis del consumo de sustancias en México. . Informe Ejecutivo. México.: Comisión Nacional contra las Adicciones.
- 53 Murcia V, Martínez S. Prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en . estudiantes de colegios públicos y privados del municipio de Chia durante el segundo periodo del 2016 Bogotá; 2016.

11. INFORMACIÓN GENERAL

LINEA DE INVESTIGACION	Salud Pública	UDCA	+	EXTERNA	
GRUPO DE INVESTIGACIÓN	Medicina Familiar y Comunitaria	UDCA	+	EXTERNO	
TÍTULO DEL PROYECTO	Prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de colegio público y privado del municipio de Chía durante el segundo periodo de 2016				
ÁREA DEL CONOCIMIENTO:	Estudio tipo Descriptivo, corte Transversal Observacional.				
PROGRAMA/FACULTAD:	Facultad Ciencias de la salud. Programa Medicina humana.				
INVESTIGADOR PRINCIPAL:	Franco Del Vecchio Reyes 1.136.882.172 Sebastián Martínez Chica 1.022.396.166 Verónica Nataly Murcia Rodríguez 1.015.448.617				
COINVESTIGADOR	Ingrid García MD Medicina Familiar y Comunitaria CC 52985319				
COLABORADORES:	Ingrid García MD Medicina Familiar y Comunitaria				
NOMBRE INSTITUCIÓN EXTERNA	Colegio Chía a Colegio Chía b				

12.ASPECTOS FINANCIEROS: En pesos

Duración de la investigación:	16 meses
Costo Total Del Proyecto:	300.000.00 Aproximadamente
Impresiones	\$60,000,00
Transportes	\$100,000,00
Asesorías con epidemiólogo	\$100,000,00

13.ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento y asentimiento informado

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES UDCA
FACULTAD DE MEDICINA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciados padres de familia:

Están invitados a participar en el estudio de investigación liderado por la facultad de medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, titulado **“Prevalencia del consumo de cigarrillo y alcohol en estudiantes de un colegio público y privado del municipio de Chía durante el segundo periodo del 2016”** a cargo de los estudiantes de Franco del Vecchio Reyes, Sebastian Martinez Chica y Verónica Nataly Murcia Rodríguez.

El consumo de cigarrillo y alcohol son problemas de impacto en salud pública a nivel nacional y global, ya que constituyen una causa importante de enfermedades y muertes en la edad contemporánea. Por esta razón es de vital la importancia determinar la prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en la edad escolar e identificar los factores de riesgo detonantes a través de variables sociodemográficas asociadas al consumo; y de este modo plantear qué aspectos son puntos blanco para el diseño de estrategias y recomendaciones para la prevención, y aún más importante, para evitar el riesgo del inicio del consumo de estas sustancias.

Es muy importante para nosotros que lea y entienda algunos aspectos de interés en esta investigación.

- a. Su participación y la de su hijo en este estudio es totalmente voluntaria y anónima.
- b. Al aceptar su participación los resultados de las encuestas serán tomados para la construcción de bases de datos.
- c. La persona involucrada en este estudio recibirá beneficios a través de la socialización de estrategias de prevención para el consumo de alcohol y cigarrillo.
- d. Estas actividades no le harán daño ni a su hijo ni a usted de ninguna forma.
- e. CONFIDENCIALIDAD: Los datos obtenidos y los resultados de la investigación serán dados a conocer sin revelar la identidad suya o de su hijo.

Si tiene alguna duda con respecto al proyecto, no dude en comunicarse con nosotros.

- | | | |
|-----------------------------|------------|--|
| - Sebastian Martinez Chica | 3192183886 | robimartinez@udca.edu.co |
| - Verónica Murcia Rodríguez | 3125445849 | vmurcia@udca.edu.co |
| - Franco del Vecchio Reyes | 3002128820 | fdelvecchio@udca.edu.co |

O comuníquese con la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales al número 6684700 Ext. 158

Fecha: _____

Yo _____ identificado con cc No _____ en calidad de padre o acudiente del estudiante _____

del Curso _____ Certifico que he sido informado acerca de la naturaleza, propósito del proyecto, riesgos y beneficios del proyecto, igualmente autorizo para que mi hijo sea participe de esta investigación, según lo anteriormente descrito.

Firma del acudiente

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES UDCA
FACULTAD DE MEDICINA
ASENTIMIENTO INFORMADO**

Apreciado estudiante:

Está invitado a participar en el estudio de investigación liderado por la facultad de medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, titulado “**Prevalencia del consumo de cigarrillo y alcohol en estudiantes de un colegio público y privado del municipio de Chía durante el segundo periodo del 2016**” a cargo de los estudiantes de Franco del Vecchio Reyes, Sebastian Martinez Chica y Verónica Nataly Murcia Rodríguez.

El consumo de cigarrillo y alcohol son problemas de impacto en salud pública a nivel nacional y global, ya que constituyen una causa importante de enfermedades y muertes en la edad contemporánea. Por esta razón es de vital la importancia determinar la prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en la edad escolar e identificar los factores de riesgo detonantes a través de variables sociodemográficas asociadas al consumo; y de este modo plantear qué aspectos son puntos blanco para el diseño de estrategias y recomendaciones para la prevención, y aún más importante, para evitar el riesgo del inicio del consumo de estas sustancias.

Es muy importante para nosotros que lea y entienda algunos aspectos de interés en esta investigación.

- a. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y anónima.
- b. Al aceptar su participación los resultados de las encuestas serán tomados para la construcción de bases de datos.
- c. Usted recibirá beneficios con este estudio a través de la socialización de estrategias de prevención para el consumo de alcohol y cigarrillo.
- d. Estas actividades no tienen ningún tipo de riesgo para usted.
- e. CONFIDENCIALIDAD: Los datos obtenidos y los resultados de la investigación serán dados a conocer sin revelar su identidad.

Si tiene alguna duda con respecto al proyecto, no dude en comunicarse con nosotros.

- | | | |
|-----------------------------|------------|--|
| - Sebastian Martinez Chica | 3192183886 | robimartinez@udca.edu.co |
| - Verónica Murcia Rodríguez | 3125445849 | vmurcia@udca.edu.co |
| - Franco del Vecchio Reyes | 3002128820 | fdelvecchio@udca.edu.co |

O comuníquese con la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales al número 6684700 Ext. 158

Fecha: _____

Yo _____ identificado con documento de identidad no _____ en calidad de estudiante del Curso _____ Certifico que he sido informado acerca de la naturaleza, propósito del proyecto, riesgos y beneficios del proyecto, igualmente autorizo mi participación en esta investigación, según lo anteriormente descrito.

Firma del estudiante

ANEXO 2. Instrumento, encuesta

ENCUESTA SOBRE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE CIGARRILLO Y ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE UN COLEGIO PÚBLICO Y PRIVADO DEL MUNICIPIO DE CHÍA EN EL SEGUNDO PERIODO DEL 2016

Por favor responda las siguientes preguntas marcando con una X la respuesta correcta. De su sinceridad dependerá la validez de los resultados del estudio.

1. ¿Cuántos años tiene?:

Menor de 12___, 12___, 13___, 14___, 15___, 16___, 17___, 18___, 19___, Mayor de 19 ___

2. ¿Cuál es su sexo?

Femenino ____, Masculino ____

3. ¿Qué grado escolar está cursando?:

Octavo___, Noveno___, Décimo___, Undécimo___

4. ¿A qué estrato socioeconómico pertenece?:

Uno___, Dos___, Tres___, Cuatro___, Cinco___, Seis___

5. ¿Con quién vive?

Solo Madre___ Solo Padre___ Ambos padres___ Madre y padastro ___ Padre y madrastra

Otros familiares___ Otros no familiares___ Solo___

6. ¿Fuma cigarrillo de tabaco?

Si ___ No ___ *Si su respuesta es No, siga a la pregunta 9.

7. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Uno___ Dos___ Tres___ Más de tres ___

8. ¿A qué edad fumó por primera vez?

Menor de 12___ 12___ 13___ 14___ 15___ 16___ 17___ 18___ 19___ Mayor de 19

9. ¿Ha tomado alcohol?

Si___ No___ *Si su respuesta es No, siga a la pregunta 11

10. ¿A qué edad consumió una bebida alcohólica por primera vez?

Menor de 12___, 12___, 13___, 14___, 15___, 16___, 17___, 18___, 19___, Mayor de 19

11. ¿Ha consumido otro tipo de sustancia psicoactiva?

Cuál: _____

ANEXO 3: Cronograma de actividades.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																					
Proyecto: 'Prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de colegio público y privado del municipio de Chia durante el segundo periodo de 2016'																					
ACTIVIDADES	PERSONA A CARGO	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2		
1	Entrega carta de aprobación del comité de ética médica		X																		
2	Respuesta de aprobación del comité ética médica		X	X	X																
3	Presentación del protocolo a los colegios y respuesta de aprobación				X																
4	Carta de aprobación de los colegios para realizar las encuestas.					X	X														
5	Recolección de datos (Realizar los cuestionarios)						X	X													
6	Tabular los datos								X	X	X										
7	Graficar los datos								X	X	X										
8	Análisis de resultados								X	X	X										
9	Conclusiones								X	X	X										
10	Presentación del proyecto al asesor metodológico											X									
11	Presentación del proyecto a los colegios											X	X								
12	Estrategias de intervención prevención y promoción en los colegios											X	X								
13	Entrega final del proyecto, formato final trabajo de grado.													X							
14	Presentación del trabajo de grado																	X			
15	Entrega del artículo																		X		
Asesorías. Docente del área. Marly Rojas.																					
Asesorías. Asesor metodológico. Ingrid García.																					

Anexo 4: Carta de aprobación por parte de la Universidad



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
APLICADAS Y AMBIENTALES

U.D.C.A

Bogotá D.C., 15 de junio de 2016

Estudiante:

SEBASTIÁN MARTÍNEZ CHICA
VERÓNICA NATALY MURCIA RODRÍGUEZ
FRANCO DEL VECCHIO REYES
Programa de Medicina, UDCA

Ref.: Aprobación Trabajo de Grado

De acuerdo al Comité de Investigaciones del Programa de Medicina del día 14 de junio del presente, me permito informarle que su proyecto de investigación titulado Prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de colegio público y privado del municipio de Chía durante el segundo periodo de 2016, fue **APROBADO**.

De acuerdo a lo anterior, les solicito tener en cuenta los siguientes lineamientos para el desarrollo del mismo:

1. **No se autorizarán cambios en la temática, la naturaleza del trabajo ni los integrantes del grupo.**
2. Deben realizar los ajustes propuestos por el evaluador del proyecto.
3. Deben tener un aparte donde consideren los aspectos éticos de la investigación y el tipo de riesgo. La investigación debe ser sin riesgo.
4. Deben esperar el concepto del Comité de Ética Institucional el inicio de la ejecución del proyecto de investigación.
5. El trabajo final escrito (X semestre) se entrega en grupos de máximo dos personas que den cuenta, entre otros, de resultados, discusión y conclusiones de la localidad en que trabajaron.
6. Deben cumplir con los productos de trabajo de investigación IV en las fechas programadas por el programa de medicina. La falta de cumplimiento de los objetivos propuestos implicará la reprobación del curso respectivo.

Atentamente,

ENRIQUE CRISTANCHO HOYOS
Decano Facultad de Ciencias de la Salud, U.D.C.A

c.c. Archivo Facultad

Miembros: ASCUN - IAUP - UDUAL - AUALCPI - RED UREL - OUI - ASOCIACIÓN ORION - RCI - ARIUSA

CAMPUS UNIVERSITARIO: Calle 222 No. 55 - 37 - PBX: (57-1) 668 4700 - FAX: (57-1) 676 1132
SEDE NORTE: Calle 72 No. 14 - 20 - TELS.: 217 9345 - 345 0396
NIT.: 860.403.721-2 - www.udca.edu.co - Bogotá D.C. - Colombia

Anexo 5: Carta de presentación al Colegio Privado



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A.

Bogotá D.C., 6 de septiembre de 2016

Doctor

JOHN LAST
Rector
Gimnasio Los Caobos
Chía

Cordial saludo:

Respetado Doctor me permito presentar el proyecto de investigación formativa titulado **Prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de colegio público y privado del municipio de Chía durante el segundo periodo de 2016**, con el propósito de solicitar autorización para el levantamiento de la información en su prestigiosa institución, por parte de los autores del proyecto, los estudiantes del programa de medicina Franco del Vecchio, Verónica Nataly Murcia y Sebastián Martínez Chica.

Cabe anotar que los datos obtenidos serán utilizados para propósitos puramente académicos y científicos, manejados de acuerdo con las normas éticas correspondientes.

Cordialmente,


ENRIQUE CRISTANCHO HOYOS
Decano Facultad de Ciencias de la Salud, U.D.C.A

Copia: Archivo de Facultad
Anexos: Proyecto de investigación, copia carta de aprobación.

Fundación Ed. Gimnasio Los Caobos
Correspondencia Recibida
Recibido por _____
06 SEP 2016
Hora _____ Rad _____
RECIBIDO PARA ESTUDIO
NO IMPLICA ACEPTACION

261166 Ext => 10A
Secretaría Acad

Miembros: ASCUN - IAUP - UDUAL - AUALCPE - RED UREL - OUI - ASOCIACIÓN ORION - RCI - ARIUSA

CAMPUS UNIVERSITARIO: Calle 222 No. 55 - 37 PBX: (57-1) 668 4700 FAX: (57-1) 576 1132
SEDE NORTE: Calle 72 No. 14 - 20 TELS.: 217 9345 - 345 0390
NIT: 860.403.721-2 - www.udca.edu.co - Bogotá D.C. - Colombia

Anexo 6: Carta de presentación al Colegio Publico



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
APLICADAS Y AMBIENTALES

U.D.C.A

Bogotá D.C., 6 de septiembre de 2016

Doctor

BERTA INÉS ALARCÓN MEDALLO
Rectora
Institución Educativa Técnica la Balsa
Chía

Cordial saludo:

Respetado Doctor me permito presentar el proyecto de investigación formativa titulado *Prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de colegio público y privado del municipio de Chía durante el segundo periodo de 2016*, con el propósito de solicitar autorización para el levantamiento de la información en su prestigiosa institución, por parte de los autores del proyecto, los estudiantes del programa de medicina Franco del Vecchio, Verónica Nataly Murcia y Sebastián Martínez Chica.

Cabe anotar que los datos obtenidos serán utilizados para propósitos puramente académicos y científicos, manejados de acuerdo con las normas éticas correspondientes.

Cordialmente,

ENRIQUE CRISTANCHO HOYOS
Decano Facultad de Ciencias de la Salud, U.D.C.A

Copia: Archivo de Facultad
Anexos: Proyecto de investigación, copia carta de aprobación.

06/09/2016
8620084

Miembros: ASCUN - TAUP - UDUAL - AUALCPI - RED UREL - OUI - ASOCIACIÓN ORION - RCI - ARIUSA

CAMPUS UNIVERSITARIO: Calle 222 No. 55 - 37 PDX: (57-1) 668 4700 FAX: (57-1) 676 1132
SEDE NORTE: Calle 72 No. 14 - 20 TELS.: 217 9345 - 345 0396
NIT.: 860.403.721-2 - www.udca.edu.co - Bogotá D.C. - Colombia

Anexo 7: Carta de aceptación del asesor

Bogotá, 11 de Mayo de 2016

Doctora
Marly Yaneth Rojas
Docente UDCA

Por medio de la presente carta certifico que los estudiantes de octavo y noveno semestre han trabajado en el proyecto con nombre Prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de tres colegios de Bogotá en el periodo entre 01 de Enero del 2016 hasta 30 de Junio del 2016

Los estudiantes han revisado el marco teórico y realizaron las respectivas correcciones al anteproyecto

Agradezco su atención y colaboración

Certifico mi firma electrónica por correo envié carta

Atentamente
Ingrid Carolina García Ayala
Docente de Medicina Familiar
UDCA

52405319
INGRID CAROLINA GARCÍA AYALA
Especialista en Medicina Familiar
Pontificia Universidad Javeriana
BA 114154/2016