

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

**“CARACTERÍSTICAS FAMILIARES COMO FACTORES DE RIESGO
PARA CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES. ESTUDIO
MULTICÉNTRICO”**

Área de Investigación:

Salud comunitaria

Autor:

BARDALES QUISPE, ANDREA DEL CIELO

JURADO EVALUADOR:

PRESIDENTE: LUZ MILAGROS JARA PEREDA

SECRETARIO: OFELIA CORDOVA PAZ SOLDAN

VOCAL: VICTOR RAUL MOYA VEGA

ASESOR:

ALEJANDRO EDUARDO CORREA ARANGOITIA

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9171-1091>

**TRUJILLO – PERU
2022**

Fecha de sustentación: 20/09/2022



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES COMO FACTORES DE RIESGO PARA
CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES. ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA

Andrea del Cielo Bardales Quispe

ASESOR:

Dr. Alejandro Eduardo Correa Arangoitia

Línea de investigación

Salud comunitaria

TRUJILLO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a mi padre, MIGUEL BARDALES, tu apoyo incondicional a diario me ayudó a lograr todo lo que siempre soñé, por eso te doy mi trabajo, en ofrenda por tu paciencia y amor. Tantos años conversando y aconsejándome para que no tome malas decisiones. Si volviera a nacer, ojalá pudiera ser tu hija nuevamente. Te amo.

A mi novio, RENATO FERRÉ, tu ayuda ha sido fundamental en este proceso. Estuviste conmigo en los momentos más difíciles de mi carrera. No fue nada fácil culminar esta etapa de mi vida, sin embargo, siempre estuviste a mi lado creyendo en mí, incluso cuando ni yo lo hacía. Te lo agradezco muchísimo, amor.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por poner en mi vida a personas maravillosas y por hacer mi sueño realidad.

ÍNDICE

PORTADA	1
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
ÍNDICE	6
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
ENUNCIADO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS	15
HIPÓTESIS	16
MATERIAL Y MÉTODOS:	17
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	36

RESUMEN

Objetivo: Determinar si las características familiares son factores de riesgo para consumo de *Cannabis* en adolescentes.

Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional – retrospectivo, con una muestra de 216 adolescentes, producto del estudio de los centros de salud de tres distritos de Trujillo, como técnicas se utilizó historias clínicas.

Resultados: Se obtuvo que, el consumo de drogas alucinógenas por uno o ambos padres está asociado al consumo de *Cannabis*, el consumo de drogas alucinógenas por hermanos está asociado al consumo de *Cannabis*, la violencia familiar está asociado al consumo *Cannabis* y la monoparentalidad familiar no es un factor de riesgo para consumo de *Cannabis*.

Conclusiones: La variable que está asociada con mayor significancia al consumo de cannabis es la violencia intrafamiliar.

Palabras clave: Características familiares, drogas alucinógenas, violencia familiar y monoparentalidad familiar.

ABSTRACT

Objective: To determine if family characteristics such as: use of hallucinogenic drugs by one or both parents, siblings, family violence, alcoholism and family single parenthood are risk factors for Cannabis drug addiction in adolescents.

Material and method: An observational - retrospective study was carried out, with a sample of 216 adolescents, product of the study of the health centers of three districts of Trujillo, clinical records were used as techniques.

Results: It was obtained that the use of hallucinogenic drugs by one or both parents is associated with the use of Cannabis Drug Addiction, the use of hallucinogenic drugs by siblings is associated with the use of Cannabis Drug Addiction, family violence is associated with the use of Drug Addiction by Cannabis, family single parenthood isn't a risk factor for Cannabis Drug Addiction. Therefore, we can say that patients seeking social acceptance are 7.13 times more likely to use drugs for cannabis.

Conclusions: The variable that is associated with greater significance or intensity to the consumption of cannabis drug addiction is domestic violence.

Keywords: Family characteristics, hallucinogenic drugs, family violence and family single parenthood.

I. INTRODUCCIÓN

El consumo crónico del cannabis puede ocasionar dependencia psíquica o física en la persona que la consume y es autoadministrada.¹ Cuando este consumo se realiza entre los 12 a 18 años de vida, se considera como etapa adolescente.²

A nivel mundial en el segmento poblacional adolescente, la cantidad de consumo de cannabis resulta preocupante. En el 2016 en una publicación que describe los resultados de una encuesta mundial estima que entre el 7.5% hasta el 8,2% de jóvenes entre de 12 a 17 años que son consumidores de cannabis.³ Una prevalencia menor fue registrada en Puerto Rico con 6% afectando más a los adolescentes del sexo masculino.⁴

En el escenario nacional en el 2017, el Ministerio de Salud publicó un informe acerca del comportamiento por quinquenios acerca del uso del cannabis, encontrándose una tendencia de aumento en su consumo en la población en general pasando de 5.6% a 8.0% en los últimos cinco años. En el caso de los adolescentes alcanzó en 4.3%, siendo dos veces más frecuentes en hombres comparado con mujeres, más frecuente en alumnos de colegios privados y procedentes de áreas urbanas, estableciéndose como promedio de edad del inicio de consumo los 14.8 años.⁵

En el consumo de cannabis se plantea ciertos factores considerados de riesgo entre los que se hallan los de tipo familiar donde los progenitores juegan un papel importante como es el uso de drogas por parte de ellos; divorcio de los padres, disfuncionalidad familiar, agresiones intrafamiliares; y en el escenario sociocultural, el bullying, consumo de drogas por compañeros del aula o amigos.⁶

En el escenario ambiental, se menciona como factores, condiciones del hogar, zonas donde hay cultivos de cannabis, área urbana en comparación con la rural, nivel socioeconómico alto, entre otros.⁷

El cannabis dentro de su estructura química, contiene un principio activo con efectos alucinógenos conocido como tetrahidrocannabinol (THC), la forma más frecuente de consumirla es fumarla, en el plasma permanece un 10 a 25%, el efecto inicia luego de algunos segundos y dura aproximadamente 2 horas y media; por vía oral, en el plasma permanece de 5 a 10% ya que se destruye en el estómago la mayor parte, el efecto inicia 1 hora aproximadamente y dura hasta 6 horas posterior al consumo.⁸

El THC actúa a nivel de receptores denominados CB1 los cuales se sitúan en hipotálamo, sustancia gris del cerebro, hipocampo, entre otros núcleos, ocasionando alteraciones en las terminaciones colinérgicas, noradrenérgica y sistema GABA, en el sistema nervioso.⁹

Según la clasificación elaborada por Siegel acerca de las formas del consumo de drogas se describen dos tipos el episódico y el crónico: En los de tipo episódico se incluye el *Experimental* caracterizada por un consumo eventual por un lapso corto y en escasa cantidad, donde la marihuana se prueba pocas por curiosidad veces dejándose de consumir y donde generalmente los amigos y entorno social influyen. El consumo *ocasional* donde el consumo es discontinuo, motivados por el grupo social, donde el individuo discrimina el motivo, lugar y momento donde usarla. El segundo grupo es el crónico que se subdivide en *Habitual* donde su consumo se torna casi diario motivado por sosegar una dependencia o sostener un rendimiento físico, aquí el adolescente busca la droga; y por último, el *compulsivo* que conlleva al consumo de varias veces durante el día, tratando de calmar el síndrome de abstinencia que ocurre por suspender el consumo del cannabis.¹⁰

La familia juega un papel importante donde el control de uno o ambos progenitores, resulta necesario, mejor aún si existe una relación comunicativa exenta de conflictos y desconfianza. Un comportamiento hostil en el seno familiar contribuye a que el adolescente busque un soporte social fuera de casa, que muchas veces resulta negativo, exponiéndolo al uso de drogas y alcoholismo.¹¹

¹² Un escenario más peligroso es que dentro de familia o grupo amical se

consume drogas alucinógenas, convirtiéndose en un ejemplo negativo de imitación y tolerancia.¹³

El término de violencia desde el escenario familiar se considera como el proceder impositivo y agresivo sea físico, psicológico, económico incluyendo el sexual, caracterizado por un comportamiento hostil, acosador e intimidante, a cualquiera de los que conforman en núcleo familiar indistintamente del sexo y edad.¹⁴

Desde hace cinco años está vigente la Ley 30364 que se creó para frenar y sancionar los actos violentos hacia el sexo femenino e infantes calificando a la violencia como el acto u omisión que produzca lesiones psicológicas o físicas, incluyendo medidas amenazantes o coactivas que se susciten, entre dos personas que mantengan lazos conyugales, de convivencia, de descendencia o ascendencia hasta el cuarto grado consanguíneo, abarca todos los cohabitantes del hogar exceptuando personas con vínculo laboral no familiares.¹⁵

Entre los tipos de violencia familiar se menciona la violencia física que representa el acto agresivo intencionado que busca producir lesiones corporales debido a empujones, puntapiés, cachetadas, puñetazos, objetos contundentes, armas punzocortantes o de fuego; exponer al abandono en sitios que revisten peligro, rechazo de socorro. La constante y recurrente agresión física ocasiona a mediano y largo plazo trastornos mentales que pueden durar toda la existencia y que puede conllevar al deceso.¹⁶

La violencia de tipo psicológica es el proceder u exclusión que degrada, perturba o controla el comportamiento, conducta, decisión y creencia del individuo, con acciones humillantes, intimidantes, amenazantes, despreciativas, de expulsión o aislamiento del hogar o diversos mecanismos que desestabilicen emocionalmente la persona.¹⁷ En el caso de la violencia sexual involucra la violación; acoso, tocamiento, exhibición y aquel comportamiento sexual que afecta la dignidad, caracterizada por la aplicación de amenaza o fuerza física, chantaje, acciones coercitivas u otros mecanismos que limita o anula la voluntad reproductiva o sexual de la mujer u hombre.¹⁸

La disfunción de la familiar se basa en la existencia de pésimas relaciones en el contexto familiar, ocasionada por ausencia de espacios de comunicación, confianza, soporte emocional y empatía entre sus integrantes, dificultando la resolución de situaciones problemáticas o conflictivas.¹⁹

Una familia funcional se basa en la preservación de un ambiente diálogo y colaboración entre los miembros de la familia.²⁰ Por lo tanto, la familia funcional está enmarcada en un ambiente positivo emocionalmente afectivo, con fuertes vínculos entre sus integrantes que potencian la integración y esfuerzo familiar en el afrontamiento de contratiempos o crisis que acontecen en el ciclo vital familiar y etapas de vida de cada integrante.²¹

Referente a la deserción escolar, resulta ser el abandono de la escuela de manera unilateral que realiza el escolar de forma precoz o tardía, previo a la culminación del año escolar lectivo correspondiente y cuyas causas son principalmente por motivos económicos o influencia de la desidia y falta de control por los padres, familiares o tutores, decisión de abandono que muchas veces se torna definitiva.²²

ANTECEDENTES

Entre los estudios que analizar las variables de estudio, destaca la investigación realizada por Morello P, al evaluar la presencia de algún factor asociado al consumo de sustancias alucinógenas como el cannabis en más de tres mil alumnos adolescentes, siendo el 42 % de sexo femenino, la edad promedio se situó en los 13 años de vida, hallándose que 8 % de adolescentes escolares habían consumido cannabis por lo menos una vez en su existencia. Se consideró factor que eleva el riesgo de consumo, la convivencia hostil y poco comunicativa con el padre, madre o ambos. Otro riesgo es que alguno de los padres sea consumidor de cannabis obteniéndose un OR=3,0; IC 95%: 1,4 hasta 6,5²³

Bautista F, planteó que algunos factores de riesgo o protección se asociaron al uso del cannabis, en 270 adolescentes de secundaria en instituciones educativas salvadoreñas. Halló que convivir únicamente con la madre como familia monoparental eleva la probabilidad del consumo de cannabis con un OR= 13.1 e IC 95 % que va de 3.3 a 27.4 con una $p=0.03$. La convivencia con los progenitores reduce la posibilidad de consumir cannabis ($p=0.018$), el convivir únicamente con el padre no constituyó riesgo para que el hijo adolescente consuma cannabis ($p=0.607$).²⁴

Crain J, investigó qué factor influyó en el consumo de cannabis en 435 personas que pertenecieron a la etapa de vida adolescente. Tras la investigación de casos y controles se encontró que si un familiar consume cannabis, eleva la probabilidad de consumir cannabis en el adolescente tras hallarse un OR= 5.0; IC 95 %: 3.3 hasta 7.8.²⁵

Feito L. llevó a cabo su estudio buscando establecer la existencia de asociación de características de tipo familiar y consumo de drogas incluida el cannabis. Se incluyó un centenar de adolescentes de nacionalidad española. Se estimó que el antecedente familiar de uso de cannabis estuvo presente en el 11.9 % de adolescentes consumidores de cannabis y el 2% de adolescentes que no consumen dicha droga. Además, el antecedente de uso de cannabis en padres alcanzó el 7.8 % y de las madres 2.4 %.²⁶

Trigozo M, investigó la asociación de factores familiares y la utilización de drogas psicoactivas, en adolescentes del nivel secundario en una Institución Educativa en la ciudad de Iquitos, para lo cual aplicó una investigación transversal correlacional en 141 adolescentes, que el 79,4% presentaron disfuncionalidad familiar y el 22% consumieron algún tipo de droga psicoactiva. Además, hay correlación entre pertenecer a familias monoparentales y consumir drogas psicoactivas ($p= 0,013$, $p < 0,05$); la disfuncionalidad familiar y consumir drogas psicoactivas ($p = 0,047$, $p < 0,05$).²⁷

Saravia J establecieron la relación de ciertos factores de riesgo los que se halla los familiares para lo cual aplicaron un estudio analítico. Entre los factores familiares se encontró que el vivir solo con uno de los padres obtuvo un OR=1,23 (IC95% 1.20-1,26), El tener un familiar consumidor de drogas alucinógenas obtuvo un OR= 1,66 (IC95% 1,62-1,70). Además, no ser testigos de violencia familiar tiene 54% menos probabilidad de consumir cannabis a diferencia de los adolescentes que lo fueron. También señala que hay 74% menos de probabilidad de consumir drogas si no ha sido víctima de violencia familiar ²⁸

Austreberta N. realizó un estudio sobre los factores relacionados con el consumo de drogas en adolescentes, en el cual se encontró asociación significativa entre los adolescentes y hermanos consumidores de drogas. Además, el 3.5% de adolescentes estudiados refiere tener al menos un hermano que consume drogas y además tiene una probabilidad 5.2 veces mayor de ser consumidor de drogas que aquellos que no tienen hermanos drogadictos. Se halló una tendencia significativa ($p < 0.05$) de mayor riesgo de drogadicción a medida que aumenta el número de personas frecuentes a la familia, usuarios de marihuana, cocaína o heroína, solo en adolescentes varones. ²⁹

El bullying es un tema preocupante y muy estudiado en los últimos años, se ha encontrado que aproximadamente la cuarta parte de adolescentes han sido víctimas, mientras el 20% fueron agresores.³⁰ Además en otro estudio realizado por Romera, E se obtuvo que más del 50% de adolescentes sufrieron de agresión verbal, el 31.2% agresión física y el 22.1% fue rechazado por su clase social.³¹

En el estudio de Needle, R se demostró que el consumo de drogas tiene más prevalencia en agresores que en víctimas con un 87.5% de adolescentes, y la sustancia que tuvo prevalencia es la marihuana con 8.7%. Además, se encontró un predominio de adolescentes varones prevaleciendo los del rango de edad entre 15 a 17 años con 80%.³²

Formulación del problema científico:

¿Son las características familiares factores de riesgo para consumo de Cannabis en población adolescente?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si las características familiares son factores de riesgo para consumo de *Cannabis* en adolescentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer el riesgo de consumo de *Cannabis* en adolescentes cuyos padres consumen drogas alucinógenas.
2. Establecer el riesgo de consumo de *Cannabis* en adolescentes cuyos hermanos consumen drogas alucinógenas.
3. Establecer el riesgo de consumo de *Cannabis* en adolescentes que padecen de violencia intrafamiliar.
4. Establecer el riesgo de consumo de *Cannabis* en adolescentes que pertenecen a una familia monoparental.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula (H₀):

Las características familiares son factores de riesgo para consumo de *Cannabis* en adolescentes, en un estudio multicéntrico.

Hipótesis alterna (H_a):

Las características familiares no son factores de riesgo para consumo de *Cannabis* en adolescentes, en un estudio multicéntrico.

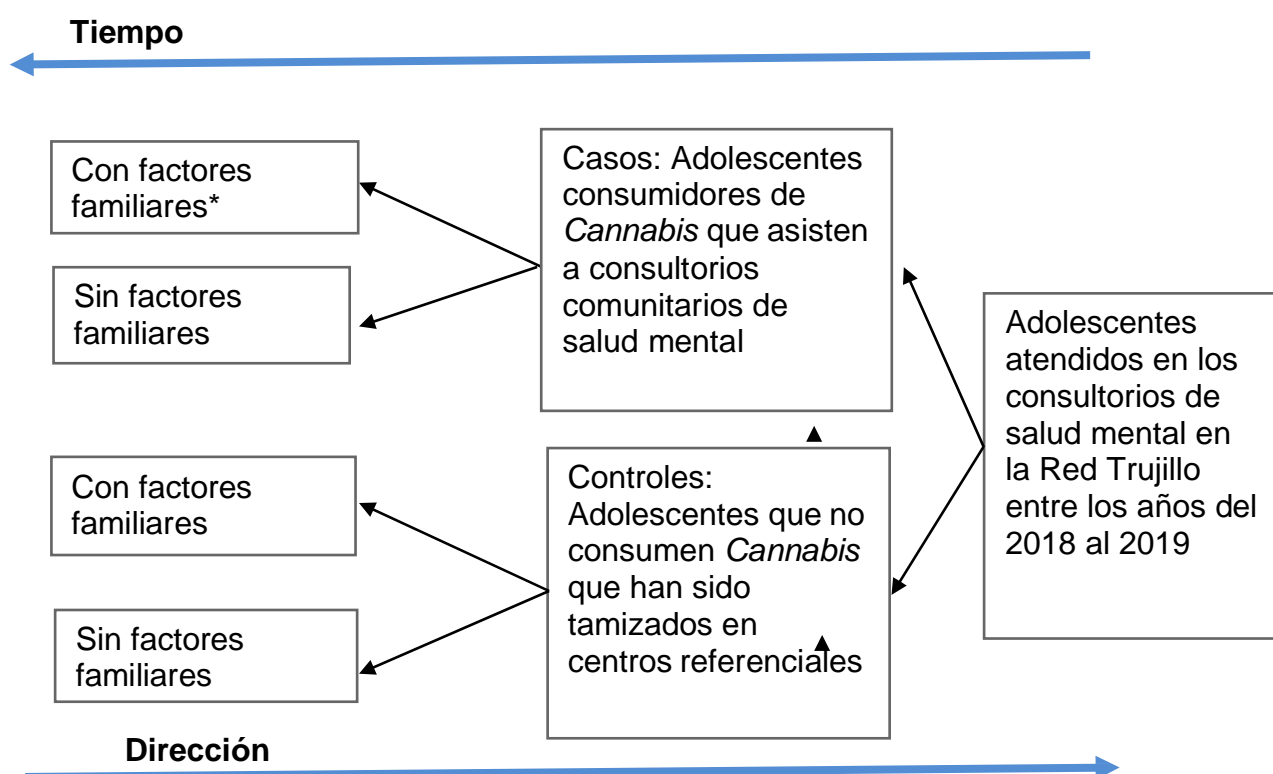
II. MATERIAL Y MÉTODOS:

2.1 DISEÑO DE ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO:

El actual estudio es compatible con el diseño observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles.

ESQUEMA DEL DISEÑO:



2.2.- POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población universo:

Adolescentes atendidos en Centros de Salud Mental Comunitarios pertenecientes a la Red Trujillo ubicados en los distritos de Trujillo, La Esperanza, El Porvenir y Florencia de Mora, así como los adolescentes tamizados y atendidos por los consultorios de salud mental en los

Hospitales distritales y centro de salud, pertenecientes a los Centros de salud mental de la Red Trujillo durante el año 2018 al 2019.

Población de estudio:

Adolescentes atendidos en Centros de Salud Mental Comunitarios pertenecientes a la Red Trujillo ubicados en los distritos de Trujillo, La Esperanza, El Porvenir y Florencia de Mora, así como los adolescentes tamizados y atendidos por los consultorios de salud mental en los Hospitales distritales y centro de salud, pertenecientes a los Centros de salud mental de la Red Trujillo durante el año 2018 al 2019 y que además cumplieron con los criterios de selección correspondientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión en los casos:

Cada adolescente consumidor de cannabis y fue atendido en alguno de los Centros de Salud mental comunitario de la Red Trujillo, cuya edad se sitúa entre los doce a dieciocho años

Criterios de inclusión en los controles:

Cada adolescente que no consumió *Cannabis* y fue tamizado intra o extramuros por el servicio de salud mental en los Hospitales distritales o en el centro de salud, al cual pertenece el Centros de Salud mental comunitario correspondiente, cuya edad se sitúa entre los doce a dieciocho años.

Criterios de exclusión para casos y controles:

Pacientes que padezcan de trastornos mentales por causas distintas al consumo de *Cannabis* y cuya historia clínica no contiene los datos necesarios para la presente investigación.

MUESTRA:

Unidad de análisis

Cada adolescente que se atendió en el servicio de salud mental de la Red Trujillo, durante el período 2018 – 2019 y que cumplió con los criterios de selección.

Unidad de muestreo

Historial clínico del adolescente que se atendió en el servicio de salud mental de la Red Trujillo, durante el período 2018 – 2019 y que cumplió con los criterios de selección.

Tamaño muestral:

El cálculo de la muestra se halló a través de la fórmula aplicada a estudios de casos-controles.

$$n = \frac{[Z_{\alpha} \sqrt{p_1(1-p_1)} + Z_{\beta} \sqrt{p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$Z_{\alpha} = 1.96$

$Z_{\beta} = 0.84$

p_1 = Proporción de población adolescente consumidores de cannabis con antecedente familiar de consumo = 0.11910 según Trigozo M.²⁷

p_2 = Proporción de población adolescente no consumidores de cannabis con antecedente familiar de consumo = 0.02010 según Trigozo M.²⁷

$P = (p_1 + p_2) / 2 = 0.07$

C = frecuencia de controles por cada caso = 02

$n = 72$

Participaran 72 adolescentes consumidores de cannabis y 144 adolescentes que no consumen cannabis.

2.3 Definición operacional de la variable:

VARIABLES INDEPENDIENTE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	REGISTRO
Consumo de drogas alucinógenas por uno o ambos padres	Cualitativa	Nominal	Uno o ambos padres que consumen drogas consideradas como alucinógenas	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Consumo de drogas alucinógenas por hermanos	Cualitativa	Nominal	Uno o más hermanos que consumen drogas consideradas como alucinógenas.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Violencia intrafamiliar	Cualitativa	Nominal	Acto violento , físico y/o psicológico presente en entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Monoparentalidad familiar	Cualitativa	Nominal	Convivir con uno de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
VARIABLE DEPENDIENTE: Consumo de cannabis	Cualitativa	Nominal	Consumo de cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

2.4 Definiciones operacionales:

Consumo de drogas alucinógenas por uno o ambos padres. Verificar la presencia de la variable “Consumo de drogas alucinógenas por uno o ambos padres” en el formato de atención integral del adolescente, certificado por el

personal que se encargó de recolectar datos del área de salud mental y psicología de: Hospital La Noria, Hospital Santa Isabel, C.S. Alto Trujillo, Hospital Jerusalén y Hospital El Esfuerzo; y en los centros de salud mental “San Crispín”, “La Esperanza”, “El Porvenir”, Frida Alayza Cossio” Trujillo y “Florenxia de Mora”.

Consumo de drogas alucinógenas por hermanos. Verificar la presencia de la variable “Consumo de drogas alucinógenas por hermanos” en el formato de atención integral del adolescente, constatado por la persona encargada de la recolección de datos del área de psicología de: Hospital La Noria, Hospital Santa Isabel, C.S. Alto Trujillo, Hospital Jerusalén y Hospital El Esfuerzo; y en los centros de salud mental de los distritos al que pertenecen los mencionados hospitales.

Violencia intrafamiliar. Verificar la presencia de la variable “Violencia intrafamiliar” en el formato de atención integral del adolescente, constatado por la persona encargada de la recolección de datos del área de psicología de: Hospital La Noria, Hospital Santa Isabel, C.S. Alto Trujillo, Hospital Jerusalén y Hospital El Esfuerzo; y en los centros de salud mental de los distritos al que pertenecen los mencionados hospitales.

Monoparentalidad familiar. Verificar la presencia de la variable “Monoparentalidad familiar” en el formato de atención integral del adolescente, constatado por la persona encargada de la recolección de datos del área de psicología de: Hospital La Noria, Hospital Santa Isabel, C.S. Alto Trujillo, Hospital Jerusalén y Hospital El Esfuerzo; y en los centros de salud mental de los distritos al que pertenecen los mencionados hospitales.

Consumo de cannabis. Verificar la presencia de la variable “Consumo de cannabis” en el formato de atención integral del adolescente, constatado por la persona encargada de la recolección de datos del área de psicología de: Hospital La Noria, Hospital Santa Isabel, C.S. Alto Trujillo, Hospital Jerusalén y Hospital El Esfuerzo; y en los centros de salud mental de los distritos al que pertenecen los mencionados hospitales.

2.5 Procedimientos y técnicas:

1. Se procederá a solicitar el permiso y registro del presente proyecto de tesis al Titular del Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la UPAO, incluyendo la hoja de asesoría. Una vez emitida la respectiva resolución, se iniciará el trámite del permiso de ejecución del proyecto al Gerente de la Red Trujillo Utes N° 6.
2. Tras la aceptación de la solicitud se revisarán las historias clínicas correspondiente a los adolescentes seleccionados, para lo cual previamente se solicitará al responsable del sistema informático la data digital de los pacientes que consumen Cannabis o no calificándolos a que grupo pertenecerán, tanto los casos como los controles.
3. Los casos serán obtenidos del establecimiento de salud mental del distrito y los controles del establecimiento referencial correspondiente, donde el adolescente ha sido tamizados por el psicólogo o médico familiar como parte de la aplicación del paquete de salud mental y atención integral del escolar y adolescente que puede ser intramuros o extramuros (colegios secundarios adscritos al distrito). (Anexo 1)
4. Se completará el número necesario de tamaño de muestra requerido, aplicando los criterios respectivos para disminuir los sesgos de selección. En cuanto al lugar de origen, donde tanto el caso como sus controles tendrán que pertenecer al mismo distrito de origen. Toda la data se introducirá en la ficha elaborada para recolectar la data correspondiente (Anexo 2).

Estadística Analítica:

Con el fin de establecer la presencia de diferencias estadísticas entre frecuencias observadas y esperadas de las variables planteadas en la investigación se recurrirá al Chi cuadrado y nivel de confianza. El riesgo se estimará a través del odds ratio usado para estimación de riesgo, agregándosele el intervalo de confianza al 95 %, y nivel de confianza.³³

2.6 ASPECTOS ÉTICOS:

Para desarrollar la investigación planteada se tramitará las autorizaciones dictaminadas por las autoridades respectivas mencionadas anteriormente, considerando el diseño estudio de caso-control, teniendo en cuenta lo estipulado en la Declaración de Helsinki II³⁴.

2.8 LIMITACIONES:

Por ser un estudio retrospectivo en el que se analizarán datos registrados en un formato de atención del adolescente, pueden carecer de la totalidad de datos requeridos, por lo que hay posibilidad de sesgo de información.

I. RESULTADOS

Tabla 1. Riesgo de consumo de Cannabis en adolescentes cuyos padres consumen drogas alucinógenas.

Consumo de drogas alucinógenas por uno o ambos padres	Consumo de cannabis				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	11	15.3%	9	6.3%	20	9.3%
NO	61	84.7%	135	93.8%	196	90.7%
Total	72	100.0%	144	100.0%	216	100.0%

$$X^2 = 4.656 \quad p = 0.031 \quad OR = 2.705 \quad I.C \ 95\% (1.066 - 6.865)$$

INTERPRETACIÓN

En cuanto al factor de consumo de drogas alucinógenas por uno o ambos padres, tanto los casos como los controles presentan una ligera diferencia significativa, siendo que el 15.3% de los casos de consumo de Cannabis que uno o ambos padres consumen drogas alucinógenas, en tanto los controles solo el 6.3% presentaron este factor. Se evaluó además si el consumo de drogas alucinógenas por uno o ambos padres es un factor de riesgo de consumo de Cannabis, encontrándose un OR = 2.705 (1.066-6.865), es decir el consumo de drogas alucinógenas por uno o ambos padres está asociado al consumo de Cannabis. Es decir, los pacientes cuyos padres (uno o ambos) consumen drogas alucinógenas tienen 2.7 veces más posibilidad de consumir drogas por cannabis.

Tabla 2. *Riesgo de consumo de Cannabis en adolescentes cuyos hermanos consumen drogas alucinógenas.*

Consumo de drogas alucinógenas por hermanos	Consumo de cannabis				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	5	6.9%	2	1.4%	7	3.3%
NO	67	93.1%	142	98.6%	209	96.8%
Total	72	100.0%	144	100.0%	216	100.0%

$X^2 = 4.725$ $p = 0.030$ $OR = 5.299$ $I.C\ 95\% (1.002 - 28.016)$

INTERPRETACIÓN

En cuanto al factor de consumo de drogas alucinógenas por hermanos, tanto los casos como los controles presentan una ligera diferencia significativa, siendo que el 6.9% de los casos de consumo de Cannabis tienen hermanos que consumen drogas alucinógenas, en tanto los controles solo el 1.4% presentaron este factor. Se evaluó además si el consumo de drogas alucinógenas por hermanos es un factor de riesgo de consumo de Cannabis, encontrándose un $OR = 5.299 (1.002 - 28.016)$, es decir, el consumo de drogas alucinógenas por hermanos está asociado al consumo de Cannabis. Es decir, los adolescentes cuyos hermanos consumen drogas alucinógenas tienen 5.2 veces más posibilidad de consumir cannabis.

Tabla 3. Riesgo de consumo de Cannabis en adolescentes que padecen de violencia intrafamiliar.

Violencia intrafamiliar	Consumo de cannabis				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	29	40.3%	11	7.6%	40	18.5%
NO	43	59.7%	133	92.4%	176	81.5%
Total	72	100.0%	144	100.0%	216	100.0%

$X^2 = 33.888$ $p = 0.000$ $OR = 8.154$ I.C 95% (3.758 - 17.692)

INTERPRETACIÓN

En cuanto al factor de violencia intrafamiliar, tanto los casos como los controles presentan diferencias significativas, siendo que el 40.3% de los casos de consumo de Cannabis sufrieron de violencia intrafamiliar, en tanto los controles solo el 7.6% presentaron este factor. Se evaluó además si la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo de consumo de Cannabis, encontrándose un $OR = 8.154$ (3.758 - 17.692), es decir la violencia familiar está asociado al consumo de Cannabis.

Es decir, los pacientes que han sufrido violencia intrafamiliar tienen 8.1 veces más posibilidad de consumir drogas por cannabis.

Tabla 4. *Riesgo de consumo de Cannabis en adolescentes que pertenecen a una familia monoparental.*

Monoparentalidad familiar	Consumo de cannabis				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	31	43.1%	56	38.9%	87	40.3%
NO	41	56.9%	88	61.1%	129	59.7%
Total	72	100.0%	144	100.0%	216	100.0%

$X^2 = 0.346$ $p = 0.556$ $OR = 1.188$ $I.C\ 95\% (0.669 - 2.110)$

INTERPRETACIÓN

En cuanto al factor de monoparentalidad familiar, tanto los casos como los controles no presentan diferencias significativas, siendo que el 43.1% de los casos de consumo de Cannabis presentan monoparentalidad familiar, en tanto los controles solo el 38.9% lo presentaron. Se evaluó además si la monoparentalidad familiar es un factor de riesgo de consumo de Cannabis, encontrándose un $p = 0.556$ (0.669 - 2.110), es decir la monoparentalidad familiar no está asociado al consumo de Cannabis.

V. DISCUSIÓN

De acuerdo los resultados de la tabla 1, se puede evidenciar que, el consumo de drogas alucinógenas por uno o ambos padres es un factor de consumo de Cannabis, encontrándose un OR = 2.705 (1.066- 6.865). Es decir, los adolescentes cuyos padres (uno o ambos) consumen drogas alucinógenas tienen 2.7 veces más posibilidad de consumir cannabis. Estos hallazgos tienen similitud en parte con el estudio de Feito L, quien estimó que el antecedente familiar de uso de cannabis estuvo presente en el 11.9 % de adolescentes consumidores de cannabis y el 2% de adolescentes que no consumen dicha droga. Además, el antecedente de uso de cannabis en padres alcanzó el 7.8 % y de las madres 2.4 %.²⁷

Respecto los resultados de la tabla 2, se puede evidenciar que, el consumo de drogas alucinógenas por hermanos si es un factor de riesgo de consumo de Cannabis, encontrándose un OR = 5.299 (1.002 - 28.016), es decir, los adolescentes cuyos hermanos consumen drogas alucinógenas tienen 5.2 veces más posibilidad de consumir cannabis. Estos hallazgos tienen similitud en parte con el estudio de Austreberta N, quien encontró que, el 3.5% de adolescentes estudiados refiere tener al menos un hermano que consume drogas, además, tienen una probabilidad 5.2 veces mayor de ser consumidor de drogas que aquellos que no tienen hermanos drogadictos.²⁹

Respecto los resultados de la tabla 3, se puede evidenciar que, la violencia intrafamiliar si es un factor de riesgo de consumo de Cannabis, encontrándose un OR = 8.154 (3.758 - 17.692), es decir, los adolescentes que presentaron violencia intrafamiliar tienen 8.1 veces más posibilidad de consumir cannabis. Estos hallazgos tienen similitud con el estudio de Saravia J. donde los adolescentes que no fueron víctimas de violencia familiar tienen 74% menos de probabilidad de consumir drogas que los adolescentes que sí lo fueron.²⁸

Respecto los resultados de la tabla 4, se puede evidenciar un $p= 0.556$ (0.669 - 2.110), es decir, la monoparentalidad familiar no está asociado al consumo de Cannabis. Estos hallazgos difieren con el estudio de Bautista F, quien planteó que convivir únicamente con la madre como familia monoparental eleva la probabilidad del consumo de cannabis con un OR= 13.1 e IC 95% que va de 3.3 a 27.4 con una $p=0.03$. La convivencia con los progenitores reduce la posibilidad de consumir cannabis ($p=0.018$), el convivir únicamente con el padre no constituyó riesgo para que el hijo adolescente consuma cannabis ($p=0.607$).²⁴

VI. CONCLUSIONES

1. El consumo de drogas alucinógenas por uno o ambos padres de adolescentes es un factor asociado al consumo de cannabis por adolescentes ($p=0.031$) y tienen 2.7 veces más posibilidad de consumir cannabis.

2. El consumo de drogas alucinógenas por hermanos es un factor asociado al consumo de cannabis por adolescentes ($p=0.030$) y tienen 5.2 veces más posibilidad de consumir cannabis.

3. La violencia intrafamiliar es un factor de riesgo asociado al consumo de cannabis por adolescentes ($p=0.000$) y tienen 8.1 veces más posibilidad de consumir drogas por cannabis.

4. La monoparentalidad familiar es un factor que no está asociado al consumo de Cannabis ($p= 0.556$).

VII. RECOMENDACIONES

- ✓ A los padres de adolescentes, conversar con sus hijos, con el fin de reconocer el problema y aconsejarles para que ellos entiendan que el consumo de drogas solo perjudica su salud.

- ✓ A los padres de adolescentes que consumen drogas, deben estar al pendiente de ellos, con el fin de brindarles apoyo en situaciones de alerta, más aún cuando se encuentran en una edad en la que quieren experimentar nuevas experiencias.

- ✓ A los docentes en los colegios, conversar con los padres y adolescentes sobre el consumo de drogas y la magnitud del daño que ocasiona, no solo para la salud física sino también mental.

- ✓ A los directores de colegios, fomentar las charlas educativas para padres y alumnos sobre este tema, para que así todos los alumnos sean conscientes del daño que ocasiona el consumo de drogas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas. El problema de las drogas en el Perú. Lima. CEDRO. 2018
2. Ministerio de Salud del Perú. La implementación y el monitoreo de estándares de calidad de los servicios de salud diferenciados para adolescentes. Lima; MINSA: 2019
3. Azofeifa A, Mattson ME, Schauer G, McAfee T, Grant A, Lyerla R. National estimates of marijuana use and related indicators - National Survey on Drug Use and Health, United States, 2002-2014. *MMWR Surveill Summ* 2016 Sep 2;65(11):1-28.
4. Klimenko, O., Rengifo A. Llanos A., Martínez M, Prevalencia de consumo de sustancias en los adolescentes entre 13 y 18 años pertenecientes al municipio de Puerto Rico Caquetá. *Revista Katharsis* 2018, 25: 3-18,
5. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. Lima: Ministerio de Salud, 2017.
6. Rodríguez C; Lobato C. Martínez E, Prevención del consumo del cannabis En la Adolescencia. Biblioteca Lascasas, 2017; V13.
7. González K, Londoño C. Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes. *Psicología y Salud* 2017; 27(2): 141-153,
8. Tamosiunas G, Pagano E, Artagaveytia P. Una introducción al perfil farmacológico y terapéutico de la marihuana. *Archivos de Medicina Interna*. diciembre de 2013;35(3):113-6.
9. Rodríguez J, Del Arco J. Aportación del uso medicinal de los derivados del cannabis: una revisión de su potencial eficacia clínica y riesgos. *Gaceta Médica Bilbao*. 2018;: p. 83-95
10. García J, Espada J, López C. Segura M, García A. Fundamentos de prevención de adicciones. Madrid. Editorial Edaf. 2015.
11. Asbridge M, Erickson P, Duff C. y Marsh D. Problems with the identification of 'problematic' cannabis use: Examining the issues of frequency, quantity, and drug use environment. *Eur Addict Res*. 2014; 20(5): 254-267.
12. Unidad clínica de la Universidad Nacional Autónoma de México. El consumo del cannabis y sus repercusiones. *Clinica y Terapéutica*. *Rev Fac Med UNAM* 2017; 60(1):23-28.

13. Organización Panamericana de la Salud Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Violencia familiar, Crecimiento Económico, Población, Características Sociales y Seguridad Ciudadana en la Provincia Constitucional del Callao. Callao. Instituto Nacional. Lima, INEI. 2015.
15. Congreso de la Republica. Ley N° 30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Lima. Congreso de la República. 6 de Noviembre 2015.
16. Amezquita G. Violencia intrafamiliar: mecanismos e instrumentos internacionales. NOVUM JUS 2014; 8(2):55-77.
17. González J, Ponce T, Loy B, Carvajal E. Rodríguez C, Violencia intrafamiliar. Una mirada desde la adolescencia. Acta Médica del Centro 2018; 12(3):2-9
18. Nazar A, Solís R, Salazar S, Violencia física contra adolescentes y estructura familiar: magnitudes, expresiones y desigualdades Estudios Demográficos y Urbanos 2018; 33(2): 365-400
19. Martín-Zurro M, Jordar G. Atención familiar y salud comunitaria. Madrid. Elsevier España. 2015; pp 24-29.
20. González F, Meléndez J, Gimeno A, Córdoba A. Percepciones de la funcionalidad familiar. C. psychological Writings, 2015. pp. 34-39.
21. Rubinstein A, Terrasa S, Herramientas Clínicas en Medicina Familiar. EditorialPanamericana, 2° Edición. Argentina. 2016.
22. Peña A, Soto F. Calderón A. La influencia de la familia en la deserción escolar. Revista mexicana de Investigación Educativa, 2016;21(70):881-899
23. Morello P, Pérez A, Peña L. Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en adolescentes escolarizados de tres ciudades de Argentina. Arch Argent Pediatr2017;115 (2):155-159.
24. Bautista F. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol, tabaco y marihuana en de séptimo a noveno grado en cinco centros educativos de la ciudad de San Salvador. Crea Ciencia 2017; 11(12): 64-68..
25. Crain J, Schmied E, Hurtado S, Simon C. Mc Roy R. Modifiable Risk Factors for Marijuana Use Among Adolescents in a Youth Development Program.

- Naval Health Research Center Behavioral Science and Epidemiology Program San Diego. 2016.
26. Feito L. El papel de la familia en el consumo de sustancias de adolescentes y jóvenes españoles. (Tesis de grado) Madrid. Universidad Pontificia Comillas. 2016.
 27. Trigozo M, Santillán K, Alvan C. Factores familiares asociados al consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Simón Bolívar, Iquitos 2016. Tesis, Iquitos. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. 2016
 28. Saravia J; Frech H, Gutiérrez C. Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. Rev Per Epidem 2014; 18(1):1
 29. Nazar Beutelspacher N, Tapia Conyer R, Villa Romero A, León Alvarez G, Medina Mora M, Salvatierra Izaba B. Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. Mexico; 1994.
 30. Córdova, A; Ramón, E; Silvestre, K y Cruz, C. (2012). Bullying y consumo de drogas. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 4 (2), 21-48.
 31. Romera, E., Del Rey, R., Ortega, R., Prevalencia y aspectos diferenciales relativos al género del fenómeno bullying en países pobres. Facultad de psicología, universidad de Córdoba. (2011).
 32. Needle, R., McCubbin, H., Wilson, M., Reineck, R., Lazar, A. y Mederer, H. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use. The role of older siblings, parents, and peers. *The International Journal of the Addictions*, 21, 739-766.
 33. Hernández R, Fernández P Baptista C. Metodología de la investigación 6ª ed. Editorial Mac Graw Hill. 2018
 34. Asociación Médica Mundial (AMM), Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013.

ANEXO 1

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL
CUAL SE OBTENDRA LA MUESTRA

CENTRO DE SALUD MENTAL (casos)	CENTRO REFERENCIA (Controles)
CSMC "Frida Alayza Cossio" Trujillo.	Hospital La Noria
CSMC "El Porvenir" El Porvenir	Hospital Santa Isabel
CSMC "San Crispín", El Porvenir	C.S. Alto Trujillo
CSMC "La Esperanza" La Esperanza,	Hospital Jerusalén
CSMS "Florencia de Mora"	Hospital El Esfuerzo

ANEXO 2

CARACTERISTICAS FAMILIARES COMO FACTORES DE RIESGO PARA CONSUMO DE *CANNABIS* EN ADOLESCENTES. ESTUDIO MULTICENTRICO

I. FICHA PARA RECOLECTAR DATOS PARA EL ESTUDIO

DATOS GENERALES

EDAD:

SEXO: Hombre () Mujer ()

CENTRO DE SALUD MENTAL:

DISTRITO DE PROCEDENCIA:

II. VARIABLES INDEPENDIENTES

2.1. Antecedente de consumo de drogas alucinógenas en la familia:

SI () QUIEN: PADRE() MADRE () HERMANO(A) ()

OTROS:.....

NO ()

2.2. Familia monoparental

SI () CONVIVE CON: PADRE() MADRE ()

NO ()

2.3 Violencia familiar

SI () NO ()

2.4. Monoparentalidad familiar

SI () NO ()

VARIABLES DEPENDIENTE

Consumo de *Cannabis*

SI ()

NO ()