PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DE ENSEÑANZA MEDIA DE LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERIODO ESCOLAR 2011- 2012

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

RHON CALDERON JAIME HUMBERTO

VINUEZA ESPINOSA DIEGO FERNANDO

DIRECTOR DR FRANCISCO CORNEJO

QUITO 2013

AGRADECIMIENTO

Definitivamente este trabajo no se habría podido realizar sin la colaboración de muchas personas que nos brindaron su ayuda; siempre resultará difícil agradecer a todos aquellos que de una u otra manera nos han acompañado y colaborado en el desarrollo de esta investigación, porque nunca alcanza el tiempo, el papel o la memoria para mencionar o dar con justicia todos los créditos y méritos a quienes se lo merecen. Por tanto, queremos agradecerles a todos ellos cuanto han hecho por nosotros, para que este trabajo saliera adelante de la mejor manera posible.

Al Dr. Francisco Cornejo por aceptarnos realizar esta tesis doctoral bajo su dirección y tutela. Su apoyo y confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas han sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en nuestra formación como médicos; también queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a la Doctora María Fernanda Rivadeneira por su paciencia, tiempo, interés y sugerencias para que este trabajo tenga los menos errores posibles.

A nuestros padres por todo el esfuerzo que hicieron para darnos una profesión y hacer de nosotros personas de bien, gracias por los sacrificios y la paciencia que demostraron todos estos años; gracias a ustedes hemos llegado a donde estamos.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

TABLA DE CONTENIDOS

Agradecimiento…….. 2

Tabla de contenidos …….. 3

Lista de cuadros…….. 6

Lista de figuras…….. 9

Resumen y Abstract…….. 11

1. CAPÍTULO I

Introducción…….. 16

2. CAPÍTULO II

Revisión bibliográfica…… 20

2.1 Adolescencia Generalidades…… 20

2.1.1 Desarrollo Normal del Adolescente…….. 21

2.1.1.1 Periodo Inicial de la adolescencia…….. 22

2.1.1.2 Etapas Intermedias de la adolescencia……..... 25

2.1.1.3 Etapas Finales De la Adolescencia…… 27

2.1.2 Problemas de Adaptación en la Adolescencia…….. 28

2.2 Consumo de Sustancias…… 30

2.2.1Terminologia Empleada en Consumo de Drogas…….. 32

2.2.2 Etiología del Consumo de Sustancias……... 36

2.2.2.1 Factores Biomédicos…….. 37

2.2.2.2 Factores Psicológicos…….. 40

2.2.2.3 Factores Sociales…… 49

2.2.2.4 Función del Estrés…….. 50

2.2.3 Detección del Consumo y Abuso de Sustancias Tóxicas…… 50

2.2.4 Diagnostico del Consumo de sustancias…….. 53

2.2.5 Clasificación de las drogas…… 55

2.2.5.1 Drogas Opiáceas…… 55

2.2.5.2 Drogas estimulantes…….. 58

2.2.5.2.1 Cocaína…….. 59

2.2.5.2.2 Anfetaminas…… 63

2.2.5.3 Alcohol…….. 66

2.2.5.4 Tranquilizantes…….. 70

2.2.5.4.1 Benzodiacepinas…… 70

2.2.5.5 Marihuana……. 73

2.2.5.6 Alucinógenos……. 75

2.2.5.6.1 Dietilamida del Acido Lisérgico LSD…… 76

2.2.5.6.2 Metilenodioximetanfetaminas (Éxtasis)……. 77

2.2.5.6.3 Fenciclidina……. 78

2.2.5.7 Sustancias Volátiles…….. 79

2.2.5.8 Tabaco…… 81

2.3 Factores Psicosociales asociados al consumo de drogas……. 83

2.3.1 Trastornos del comportamiento…… 85

2.3.1.1Trastorno Disociales…….. 86

2.3.1.2 Trastorno Disociales y de las Emociones Mixtas ……. 87

2.3.1.2.1 Trastorno Disocial Depresivo……. 88

2.3.1.2.2 Otros Trastornos Disociales y de las Emociones Mixtas…… 88

2.3.2 Autoafirmación Personal y Social…… 89

2.3.3 Disfunción Familiar……. 90

2.3.4 Rendimiento Escolar…… 93

2.3.5 Presión de Grupo de Amigos…… 94

2.3.6 Uso del Tiempo Libre…… 95

2.3.7 Severidad del Uso de Drogas…… 98

3. CAPÍTULO III

Metodología…… 102

3.1 Justificación…….. 102

3.2 Problema de investigación y objetivos……. 103

3.3 Operacionalización de variables…… 105

3.4 Calculo de la muestra…… 107

3.5 Criterios de inclusión…… 110

3.6 Criterios de exclusión…… 111

3.7 Tipo de Estudio…… 111

3.8 Procedimiento de recolección de información…….. 111

3.9 Plan de análisis de datos…… 117

4. CAPÍTULO IV

4.1 Resultados……. 119

5. CAPITULO V

5. Discusión……. 138

5.1 Conclusiones……. 144

5.2 Recomendaciones……. 147

Paginas complementarias…… 150

Bibliografía……. 150

Apéndice……. 156

LISTA DE CUADROS

- **Cuadro 1**.- Rasgos de personalidad…… 46
- **Cuadro 2**.- Rasgos de personalidad del adicto…… 47
- **Cuadro 3**.- Regla nemotécnica CRAFFT…… 51
- **Cuadro 4**.- Valoración de la gravedad de la adicción a drogas en la adolescencia…….. 52
- **Cuadro 5**.- Estadio del abuso de sustancias tóxicas en la adolescencia…….. 54
- **Cuadro 6**.- Características de la muestra tomada en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período escolar 2011 – 2012…….. 120
- **Cuadro 7**.- Comparación entre usuarios y no usuarios de drogas de acuerdo a la entidad educativa de los estudiantes de enseñanza media en la ciudad de Ibarra período 2011 2012……. 121
- **Cuadro 8**.- Índices de severidad de los trastornos psicosociales identificados entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012…… 128
- **Cuadro 9**.- Índice de severidad de Trastornos del Comportamiento identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012 …….. 129

- **Cuadro 10**.- Índice de severidad de Autoafirmación Social identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012…… 130
- **Cuadro 11**.- Índice de severidad de Disfuncionalidades Familiares identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012... …… 131
- **Cuadro 12**.- Índice de severidad de Rendimiento Escolar identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012…… 132
- **Cuadro 13**.- Índice de severidad de Presión de Grupos de Amigos identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012…… 133
- **Cuadro 14**.- Índice de severidad de Uso del Tiempo Libre identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012……..….. 134
- **Cuadro 15**.- Índice de severidad de Severidad de Uso de Drogas identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor

Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012…….. 135

- **Cuadro 16**.- Resultados del análisis de regresión lineal para la identificación de predictores de la severidad del uso de drogas (método *enter*) en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012…… 137

LISTA DE FIGURAS

- **Grafico 1.-** Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media de los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012…….. 122
- **Grafico 2.-** Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media de 13 a 14 años de edad en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012…….. 123
- **Grafico 3.-** Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media de 14 a 16 años de edad en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012…….. 124
- **Grafico 4.-** Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media de 17 a 18 años de edad en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012…… 125
- **Grafico 5.-** Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media del Colegio San Francisco de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012……. 126

- **Grafico 6.-** Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media del Víctor Manuel Peñaherrera de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012……. 126
- **Grafico 7.-** Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media la Unidad Educativa Pensionado Atahualpa de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012……. 127

RESUMEN Y ABSTRACT

El objetivo general de este estudio, fue identificar los factores psicosociales que determinan el consumo de sustancias en estudiantes de enseñanza media entre 13 y 18 años mediante la utilización de la encuesta DUSI-R (Drug Use Screnning Inventory). Se realizó un estudio tipo descriptivo, con una muestra probabilística aleatoria simple, conformada por 384 estudiantes de la ciudad de Ibarra de los colegios Unidad Particular Pensionado Atahualpa, Colegio Víctor Manuel Peñaherrera, y Colegio Fiscomisional San Francisco, instituciones particular, fiscal y fiscomisional respectivamente.

Se calculó el índice de severidad global y por áreas (Trastornos de Comportamiento, Autoafirmación Social, Disfuncionalidades familiares, Presión Grupo de Amigos, Uso del Tiempo Libre y Severidad del Uso de Drogas) clasificándolas como ausente, baja, moderada, alta y muy alta. Además se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas utilizando la prueba Z como fuerza de asociación y Chi cuadrado como significancia estadística y un análisis de regresión logística lineal para la identificación de predictores en aumentar la severidad del uso de drogas por parte de los adolescentes.

Resultados: Se encontró que el 66.5% de la población estudiada consumió algún tipo de droga en el último año, dándose un mayor consumo a nivel de institución

privada y en estudiantes que cursan su último año de enseñanza media con un 87.2% y 79.8% respectivamente. Entre las drogas más consumidas por los adolescentes encontramos al alcohol 56.3%, tabaco 33.6%, marihuana 7.5% y estimulantes 7%.

El índice de severidad global de los trastornos de ajuste psicosocial detectados en los últimos 12 meses tanto en estudiantes usuarios de drogas y no usuarios se ubicó en el rango de severidad moderada, Sin embargo, el índice observado entre los usuarios (**ISG**=3.6) indica la existencia de trastornos significativamente más severos que los existentes entre el resto de la población (**ISG**=2.86; $p<0.001$). En lo que respecta a cada área de ajuste psicosocial estudiada, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre usuarios y no usuarios de drogas en las áreas de trastornos del comportamiento (p 0.05), rendimiento escolar (p <0.001), presión de grupos de amigos (p 0.002), uso del tiempo libre (p 0.0025), y severidad en el uso de drogas (p <0.001). Por último se encontró que los trastornos del comportamiento (p <0.001), la disfuncionalidad familiar (p 0.006), el bajo rendimiento escolar (p 0.001), la presión del grupo de amigos (p <0.001) y el mal uso del tiempo libre (p <0.001), son predictores en aumentar la severidad el uso de drogas.

Conclusiones: los trastornos del comportamiento, disfunción familiar, mal rendimiento escolar, presión de grupo de amigos y mal uso del tiempo libre, pueden considerarse como factores psicosociales asociados al consumo de sustancias y predictores en la severidad del uso de drogas en estudiantes de enseñanza media de

los tres colegios estudiados. Por otra parte el alcohol, tabaco, marihuana y estimulantes son las drogas preferidas por los adolescentes encuestados, datos similares a encuestas realizadas a nivel país y regional.

Con la información recabada se pueden formular algunas observaciones respecto a la aplicación de estrategias preventivas con población juvenil, en general y de alto riesgo, en el sentido de promover la instrumentación de acciones que permitan el abordaje del problema en el contexto de un complejo de factores de "desviación" psicosocial, incorporando estrategias que favorezcan la prevención del grupo afectado.

ABSTRACT

The overall objective of this study was to identify the psychosocial factors that determine drug use in high school students between 13 and 18 years using the survey DUSI-R (Drug Use Screening Inventory). We conducted a descriptive study, with a simple random probability sample, consisting of 384 students of three high schools of Ibarra: Pensionado Atahualpa, Victor Manuel Peñaherrera, and San Francisco; with a 95% of CI and 0.02 of error precision.

We calculated the global severity index for 7 areas (Behavioral Disorders, social self affirmation, dysfunctional family, peer pressure, free time activity and

drug use severity) classifying them as absent, low, moderate, high and very high. We also made a descriptive analysis of categorical variables using the Z test as strength of association, Chi square as statistical significance as well as a linear regression analysis to identify predictors of increasing severity of drug use by adolescents.

Results: We found that 66.5% of the study populations have consumed drugs in the last year, the highest level consumption being at the private institution and with students of senior class, with a 87.2% and 79.8% respectively. The most frequently used drugs by adolescents were alcohol 56.3%, tobacco 33.6%, marijuana 7.5% and stimulants 7%.

The global severity index of psychosocial adjustment disorders detected in the last 12 months (both in drug users and non-users) was moderate. However, the observed rate among users (ISG = 3.6) indicates the existence of conditions significantly more severe than those of the rest of the population (ISG = 2.86, P <0.001). Furthermore, in each area of psychosocial adjustment, research showed statistically significant differences between users and non-drug users in the areas of behavioral disorders (p 0.05), school performance (p <0.001), peer pressure in groups (p 0.002), use of free time (p 0.0025), and severity of drug use (p <0.001). Finally we found that behavioral disorders (p <0.001), family dysfunction (p 0.006), poor school performance (p 0.001), peer pressure in groups (p <0.001) and the bad use of free time (p <0.001) were predictors to increase the severity of drugs use.

Conclusions: Behavioral disorders, family dysfunction, poor school performance, peer pressure in groups and bad use of free time might be considered to be psychosocial factors associated with substance use severity as well as predictors of drug use in high school students of the three schools studied. Moreover alcohol, tobacco, marijuana and stimulants are the most likely used drugs by teenagers, similar to surveys of the country and regional studies.

With the information gathered we can make some comments regarding the implementation of preventive strategies in youth population to avoid the abuse of drugs.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La realidad nos muestra que en nuestra sociedad existen numerosos problemas relacionados con el consumo de drogas por parte de adolescentes. Ninguna droga es inocua; el consumo de drogas repercute en la salud y en la vida de quienes consumen, más aún si éstos son adolescentes. (1)

En la última década, según encuestas nacionales realizadas por el *Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas* (CONSEP) (2008), el consumo de drogas en adolescentes ha venido aumentando considerablemente, siendo el alcohol (57.5%) la droga más consumida seguida por el tabaco (24.9%) y la marihuana (6.4%). El inicio de su consumo es cada vez menor, siendo los 13 años, la edad en la que se inicia su consumo en adolescentes ecuatorianos. (2)

Diversos estudios indican que mientras más temprana es la edad de inicio del consumo de sustancias, mayor será el riesgo de sufrir una drogodependencia en la vida adulta. (1)(7)

Por otra parte en el campo de la prevención se ha señalado la conveniencia de contar con estrategias de intervención diferenciadas según la población a la que se dirijan, ya sea general (prevención universal), de alto riesgo (prevención selectiva) o a usuarios experimentales y grupos relacionados (prevención indicada) (3) En particular, los programas de prevención selectiva e indicada requieren una sólida base teórica y empírica para identificar los diversos factores asociados con el consumo, sobre los cuales se podría incidir con acciones de mayor atingencia y eficacia. (3)

Según diversos estudios, el consumo de sustancias ilícitas es un problema complejo, vinculado con factores de diversa índole, que se pueden incorporar a modelos multifactoriales más o menos abarcadores. (3)

Entre los factores psicosociales de riesgo del uso de drogas, identificados mediante la investigación empírica, se cuentan: una baja autoestima e inclinación a incurrir en conductas de riesgo; altos niveles de ansiedad o estrés, depresión, impulsividad y agresividad; rebeldía y actitudes desafiantes y de oposición ante la autoridad y las normas sociales; aislamiento e inhibición social o rechazo del grupo de pares; curiosidad generada por el uso de sustancias en el grupo de pares; baja resistencia a la presión de pares; baja adherencia escolar; problemas tempranos de conducta y de socialización; antecedentes de conducta antisocial; reducido control

percibido sobre la propia vida; actitudes favorables hacia el uso de alcohol y tabaco. (4)

En México, las encuestas realizadas entre estudiantes de educación media han identificado como correlatos del uso de drogas una menor percepción de riesgo y de la tolerancia social ante su consumo, así como una mayor accesibilidad percibida de las sustancias. (4) Por otra parte, estudios realizados con adolescentes y jóvenes destinatarios de los programas institucionales de atención, han mostrado que el consumo de drogas se halla relacionado con factores psicosociales. (4)

La necesidad de ampliar el sustento de los servicios preventivos e impulsar el desarrollo de estrategias de intervención particulares, ha motivado un creciente interés por la elaboración o utilización de instrumentos de medición que permitan ampliar el conocimiento de factores psicosociales asociados con el uso de drogas. (4)

Existen innumerables instrumentos que han sido probados ser útiles en este terreno como son el cuestionario auto administrado para la investigación epidemiológica del uso de drogas de Singh, Kandel y Johnson. El cuestionario de Haertzen y Hooks que indaga el consumo de drogas y diversas alteraciones asociadas con el funcionamiento familiar, personal, social y “moral” entre otros. (4)

Por su parte, el Dr. Ralph Tarter y un grupo de especialistas de la Universidad de Pittsburgh diseñaron el *Drug Use Screening Inventory* (DUSI), el cual tiene por objeto identificar áreas problemáticas de la vida de relación y evaluar el consumo de drogas entre adolescentes y adultos, permitiendo categorizar y cuantificar los indicadores del problema en su relación con diferentes trastornos de ajuste psicosocial. (4).

Con este último diseño se han obtenido resultados muy satisfactorios en Estados Unidos Costa Rica, Uruguay y otros países, por lo que se ha decidido utilizarlo en nuestro estudio con el propósito de generar información útil para el diseño y actualización de los programas institucionales de atención para el consumo de drogas.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ADOLESCENCIA GENERALIDADES

La adolescencia es una etapa propia del ser humano, que se presenta antes de llegar al completo ajuste fisiológico y psicológico. Se suele llamar “transición entre la niñez y la juventud”; va acompañada de cambios físicos y psíquicos que, a su vez, constituyen descubrimientos de valores y discriminación entre el yo y su mundo circundante. (6)(52)

La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos, precoz, medio, y tardío, cada uno de ellos marcado por un conjunto de características biológicas, psicosociales y sociales sobresalientes. Sin embargo, la variación individual es sustancial, tanto en términos de cronología de los cambios somáticos como de la calidad de la experiencia del adolecente. El género y la cultura afectan en gran medida al curso del desarrollo, y lo mismo sucede con los factores estresantes tanto físicos como sociales. (7)

Determinados problemas psicológicos y psiquiátricos pueden tener raíces en la adolescencia o hacerse más notables durante esta etapa como fobias, ansiedad, depresión, suicidio e intentos de suicidio, trastornos de déficit de atención, anorexia y bulimia, trastornos de conducta, esquizofrenia, y abuso de drogas. (5)

La adolescencia es también una época en la que los adolescentes tratan de crear su propia identidad personal y un sentido de autonomía que, a veces, puede conducir a desacuerdos más o menos importantes, temporales o permanentes con sus padres, las personas que los tengan a su cargo o el profesorado (5).

2.1.1. DESARROLLO NORMAL DEL ADOLESCENTE.

Entre los 10 y los 20 años de edad, las personas experimentan cambios rápidos del tamaño, la forma y la fisiología corporal, y del funcionamiento psicológico y social. Las hormonas establecen la agenda del desarrollo, junto con las estructuras sociales diseñadas para favorecer la transición desde la infancia hasta la vida adulta. (53)(55)

La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos, precoz (10-13 años), medio (14-16 años) y tardío (17 a 20 años), cada uno de ellos marcado por un conjunto de características biológicas, psicológicas, y sociales sobresalientes. Sin embargo la variación individual es sustancial, tanto en términos de la cronología de

los cambios somáticos como de la calidad de la experiencia del adolescente. El género y la cultura afectan de gran medida al curso de desarrollo, y lo mismo sucede con los factores estresantes físicos y sociales. (7)(54)

2.1.1.1 PERIODO INICIAL DE LA ADOLESCENCIA

DESARROLLO BIOLÓGICO

La producción de andrógenos suprarrenales puede ocurrir ya a los 6 años de edad, con aparición de olor axilar y ligero vello genital. Los niveles de hormona luteinizante (LH) y hormona estimulante del folículo (FSH) aumentan de forma progresiva durante la infancia media, sin que tengan ningún efecto llamativo. Los cambios rápidos de la pubertad comienzan con un incremento de la sensibilidad de la hipófisis a la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH), la liberación pulsátil de GnRH, LH y FSH, durante el sueño, y los aumentos correspondientes de andrógenos y estrógenos gonadales. Los desencadenantes de esos cambios se conocen de forma incompleta, pero pueden implicar desarrollo neuronal que progresa a lo largo de la infancia media y la adolescencia. La secuencia de cambios somáticos y fisiológicos da lugar a la escala de madurez sexual, o estadios de Tanner. (7)

DESARROLLO COGNITIVO Y MORAL

En la teoría de Piaget, la adolescencia marca la transición entre el pensamiento operacional concreto, característicos de los niños de edad escolar, y las operaciones lógicas formales. (7)

Algunos adolescentes muestran pensamiento formal en las fases iniciales de la adolescencia, otros adquieren la capacidad más tarde y algunos no la adquieren nunca de forma completa (7). Cuando las presiones emocionales son elevadas, el pensamiento mágico, como la convicción de invulnerabilidad, puede interferir en la cognición de orden superior. (7)

El desarrollo del pensamiento moral es más o menos paralelo al desarrollo cognitivo general. La mayoría de preadolescentes percibe lo correcto y lo erróneo como conceptos absolutos e incuestionables. Los adolescentes con frecuencia cuestionan la moralidad recibida y adoptan las normas de conducta del grupo de compañeros. La pertenencia al grupo le permite evitar sentimientos de culpabilidad por las infracciones morales percibidas, ya que desvían la responsabilidad desde sí mismo hacia su grupo (7) (8)

CONCEPTO DE SÍ MISMO

La consciencia del propio yo aumenta exponencialmente en respuesta a las transformaciones somáticas de la pubertad. En esta fase la percepción del yo tiende a centrarse en características externas, en contraste con la introspección de la adolescencia tardía. (7)(54)

RELACIONES CON LA FAMILIA, LOS COMPAÑEROS Y LA SOCIEDAD

En la adolescencia temprana se acelera la tendencia a la separación de la familia y hay una mayor participación progresiva en las actividades de los compañeros.

La separación de la familia a menudo implica la selección de adultos no familiares como modelos y el desarrollo de relaciones cercanas con determinados profesores o con los padres de otros niños. Las organizaciones, como grupos de acampada, equipos deportivos o pandillas, proporcionan una sensación importante de pertenencia fuera de la familia. (7) (8)

Los adolescentes tempranos por lo general se socializan en grupos de compañeros del mismo sexo. La amistad femenina se puede centrar en compartir

confidencias, mientras que las relaciones entre los chicos se pueden centrar más en las actividades compartidas y la competencia. (7)

2.1.1.2. ETAPAS INTERMEDIAS DE LA ADOLESCENCIA

SEXUALIDAD

El cortejo se convierte en una actividad normal durante la adolescencia media. El grado de actividad sexual varía mucho. A los 16 años de edad alrededor del 30% de las niñas y el 45% de los niños afirman haber practicado el coito, mientras que el 17% comunica caricias y alrededor del 22% besos como únicas actividades sexuales. (7)

La maduración biológica y las presiones sociales se combinan para determinar la actividad sexual. La combinación de niveles elevados de testosterona y religiosidad baja puede predecir qué el chico se convertirían en sexualmente activo. (8)

Además de la orientación sexual los adolescentes en estas fases medias comienzan a descubrir otros aspectos importantes de la identidad sexual, entre ellos

creencias sobre el amor la honestidad y el decoro. Los adolescentes tienden a elegir una de tres vías sexuales: celibato, monogamia o experimentación polígama. (7)

DESARROLLO COGNITIVO Y MORAL

Con la transición al pensamiento operacional formal, el adolescente medio cuestiona y analiza todo extensamente. El cuestionamiento de las convicciones morales favorece el desarrollo de código de ética personales que parecen diseñados para justificar el apetito sexual del adolescente: “Puedo hacer todo lo que deseo”. La nueva flexibilidad del pensamiento del adolescente tiene efectos dominantes sobre las relaciones consigo mismo y con los demás. (7)

CONCEPTO DE SI MISMO

Los adolescentes en esta fase con frecuencia experimentan con personas diferentes y cambian cada mes la forma de vestir el grupo de amigos y los intereses. En la adolescencia media es frecuente filosofar sobre el significado de la propia vida. Son habituales los sentimientos intensos de agitación y sufrimiento internos y puede resultar difícil distinguirlos de la enfermedad psiquiátrica. (7)

RELACIONES CON LA FAMILIA, LOS COMPAÑEROS Y LA SOCIEDAD

La pubertad conduce con frecuencia a relaciones tensas entre los adolescentes y sus padres. Como parte de la separación, los adolescentes se pueden distanciar de los padres y redirigir las energías emocionales y sexuales hacia las relaciones con los compañeros. El atractivo físico y la popularidad siguen siendo factores críticos tanto para las relaciones con los compañeros como para la autoestima. (7)(8)

Los adolescentes en esta fase suelen comenzar a pensar en serio sobre lo que desean ser de adultos. El proceso conlleva autoevaluarse y evaluar las oportunidades disponibles. La presencia o ausencia de modelos realistas, en oposición a los idealizados de periodos anteriores puede ser crucial. (7)

2.1.1.3 ETAPAS FINALES DE LA ADOLESCENCIA

DESARROLLO PSICOSOCIAL

La experimentación sexual disminuye a medida que los adolescentes adoptan identidades sexuales más estables. La cognición tiende a estar menos centrada en sí mismo, y aumenta el pensamiento sobre conceptos como justicia, patriotismo e

historia. Los adolescentes mayores son con frecuencia idealistas, aunque también pueden ser absolutistas e intolerantes para las opiniones opuestas. (7)

Los cambios físicos más lentos permiten la emergencia de una imagen corporal más estable. Las relaciones intimas también son un componente importante de la identidad par muchos de los adolescentes en esta etapa. Las decisiones sobre la vida profesional se hacen imperiosas, puesto que el concepto de sí mismo del adolescente está cada vez más relacionado con su papel en la sociedad (como estudiante, trabajador o padre) (7)

2.1.2 PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia a menudo es un periodo de emociones confusas, formación de la identidad y cuestionamiento. En general es una época difícil y turbulenta para la mayoría de ellos, razón por la cual en los adolescentes suelen presentarse ciertos problemas de adaptación, los más comunes son: consumo de drogas, depresión, conducta delictiva y el suicidio. (8)(53)(54)(55)

Una característica propia del adolescente es la curiosidad por su mundo, por dicha razón son más proclives que la mayoría de los adultos a tomar riesgos, lo cual puede deberse a que desean demostrar que no son unos cobardes, así como su

sentido de aventura. De este modo, para muchos adolescentes la experimentación con drogas puede ocurrir simplemente por curiosidad, por un sentido de audacia o por la oportunidad de hacerlo. Además cabe señalar, que el adolescente no cree, por lo menos al principio que pueda sucederle algo grave. (8)(53)(54)

Algunos adolescentes consumen drogas por la influencia de su grupo de amigos o para agradar al novio o la novia. Por otra parte, las relaciones que el adolescente mantiene con sus padres pueden ser un factor para que éste consuma drogas. (8)(53)(54)(55)

Para Conger, el riesgo de involucrarse seriamente con las drogas es menor cuando se tienen padres democráticos, con autoridad y afectuosos, y por el contrario el riesgo de convertirse en adictos es mucho mayor en los adolescentes cuyos padres no son afectuosos sino negligentes, demasiado tolerantes, o en contraste, autoritarios y hostiles.(8)(53)

Otra de las razones por las que un adolescente usa drogas, es para escapar de las presiones de la vida o del aburrimiento, mitigar la ansiedad, la depresión o el temor al fracaso. De acuerdo con Conger, el mayor peligro del empleo de drogas en los adolescentes, es que pueden convertirse en un sustituto para aprender a encarar los problemas cotidianos y las inevitables frustraciones de la vida. (8)

En parte, el uso de drogas entre los adolescentes puede reflejar su inadaptación y una serie de perturbaciones emocionales. Al respecto, un grupo de adolescentes drogadictos en rehabilitación admitieron que las razones para su consumo fueron los sentimientos de rechazo o indiferencia por parte de sus padres; la falta de aceptación por parte de sus compañeros; el aislamiento emocional y la baja autoestima, la cual sentían que debía ser ocultada, aparentando frialdad. (8)

Joselyn, señala que si hubiera un estado emocional universalmente reconocido para la adolescencia, este sería la depresión. En la mayoría de los adolescentes, tales sentimientos son pasajeros; sin embargo, para algunos la depresión o la melancolía puede ser un estado de ánimo predominante, es entonces cuando se convierte en una alteración de consideraciones clínicas que requiere de ayuda profesional. (8)(54)

La depresión de los adolescentes puede manifestarse de diversas maneras, entre ellas en actitudes de aburrimiento o inquietud, así como en la incapacidad de estar a solas o por el contrario una búsqueda constante de nuevas actividades. Sin embargo, pueden presentarse síntomas propios de una depresión oculta, como son la drogadicción, la promiscuidad, los actos delictivos y la búsqueda del riesgo (8) (54)

2.2. CONSUMO DE SUSTANCIAS

El uso de sustancias químicas con fines fundamentalmente mágico-religiosos es tan antiguo como la historia de la humanidad; pero el uso de las mismas sustancias con fines fundamentalmente hedónicos se constituye en un fenómeno relativamente nuevo. Así, por ejemplo, la masticación de las hojas de coca en los pueblos del Antiguo Perú estaba socialmente controlada y tenía claros objetivos religiosos, por lo que no se halla información sobre efectos negativos a corto o largo plazo como consecuencia de su uso. Con la llegada de los españoles, durante la Conquista y el Virreinato, el uso de la coca se extiende aún más, hasta convertirse en un instrumento de explotación del indio por sus cualidades de aumentar la tolerancia a la fatiga y disminuir el apetito. (9).

Las normas culturales y sociales, establen los criterios de consumo aceptable de sustancias toxicas. Estos criterios tambien presentan un contexto histórico. Los adolescentes se ven influidos por los modelos de roles de adultos y los mensajes ambientales acerca de estas sustancias.(7) Diversos estudios han demostrado que hijos de padres alcoholicos, tienen un riesgo dos a diez veces mayor de serlo, que en hijos de padres no alcoholicos. (7)(56)

En ésta década, el consumo ocasional en ciertas sustancias como alcohol, marihuana o tabaco, se puede considerar normal dado el porcentaje de jovenes que refieren haber experimentado con ellos. (7)(57)

Según datos de un estudio realizado a nivel regional en el 2006, se concluyó que el alcohol es la droga de mayor consumo entre los estudiantes secundarios, seguido por el tabaco y la marihuana. En Colombia y Uruguay es donde se registran los mayores porcentajes de la región en consumo de alcohol 51.9%, 50.1% respectivamente. Sin embargo en los países donde se reporta un mayor consumo de tabaco y marihuana es en Chile y Uruguay con un 38.3 % 29.3% respectivamente. (10)

Con respecto a datos sobre la población de adolescentes ecuatorianos se encontró que un 28.1% consume alcohol, tabaco 18.4%, y marihuana 3.6%. (10)

Cuando el uso de drogas empieza afectar de forma negativa a la capacidad funcional de los adolescentes en el ámbito familiar o escolar y se observa un comportamiento de riesgo se debe intervenir. El consumo de drogas grave, no es un fenómeno aislado, sino que forma parte de un complejo entramado de situaciones familiares o individuales que se deben abordar de forma conjunta. (7)

2.2.1. TERMINOLOGÍA EMPLEADA EN CONSUMO DE DROGAS

Se puede definir al consumo de sustancias como la utilización no terapéutica de una sustancia que reporta inconvenientes de mayor o menor entidad al propio individuo, a las demás personas o a ambos. Las sustancias, objeto de consumo, se conocen habitualmente como drogas. En general se podrán considerar drogas todas las sustancias que, teniendo sobre el sistema nervioso central un efecto que resulta placentero al individuo, tienden a motivar un consumo habitual del que siempre resulta, en mayor o menor grado, difícil prescindir. (11)

DEPENDENCIA

Se ha definido como "el fenómeno en virtud del cual, y como resultado de la administración de una droga, se desencadenan serie de fuerzas (fisiológicas, bioquímicas, sociales o ambientales) que predisponen a su utilización de una forma continua" (12) (13) (17)

Se pueden distinguir dos tipos de dependencia: conductual o psicológica y física. En la *dependencia conductual* se ponen de relieve las actividades de búsqueda de la sustancia y la evidencia relacionada con los patrones patológicos de consumo,

mientras la dependencia física se refiere a los efectos físicos (fisiológicos) de múltiples episodios de consumo de la sustancia.(11)(12)(13)

ABUSO

Consumo de cualquier droga, habitualmente, por autoadministración, de manera que se desvíe de los patrones sociales o médicos aprobados (13).

MAL USO

Similar al abuso, aunque habitualmente implica a fármacos de prescripción médica que no se consumen adecuadamente. (13)

ADICCIÓN

Consumo repetido y aumentado de una sustancia cuya privación ocasiona síntomas de distrés y una perentoriedad irresistible para el repetido consumo de sustancia y que así mismo induce un deterioro físico y mental. (13)

COSTUMBRE

Sería el simple uso habitual de un producto, con deseo de repetir su consumo. O que cumpla cualquiera de los siguientes criterios

a. No hay tendencia a aumentar la dosis (no existe el fenómeno de tolerancia)
b. Existe un dependencia psicológica más o menos marcada
c. No hay dependencia física
d. La supresión brusca del tóxico no genera el fenómeno conocido como síndrome de abstinencia
e. Pueden existir efectos perjudiciales para el consumidor (12)

TOLERANCIA

Se considera al fenómeno en el que, tras la administración repetida de una sustancia, una dosis de ésta produce un efecto inferior o se requieren dosis crecientes para obtener el mismo efecto observado con la dosis original. La tolerancia conductual refleja la capacidad de la persona para realizar tareas a pesar de los efectos de la sustancia. (13)

NEUROADAPTACIÓN

Cambios neuroquímicos o neurofisiológicos en el organismo resultantes de la administración repetida de una sustancia. La neuroadaptación explica el fenómeno de tolerancia. La adaptación farmacocinética alude a la adaptación del sistema metabolizador en el organismo. La adaptación celular o farmacodinamia alude a la capacidad del sistema nervioso para funcionar a pesar de las altas concentraciones plasmáticas de la sustancia causal. (13)

2.2.2. ETIOLOGÍA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

El modelo de dependencia de drogas se conceptualiza como el resultado de un proceso en el que múltiples factores interactivos influyen sobre la conducta del consumo de drogas y la pérdida de sensibilidad respecto a las decisiones concernientes al consumo de una determinada. Se ha postulado que, diferentes factores pueden tener una importancia mayor o menor en diferentes estadios del proceso. Por tanto la disponibilidad de una droga, su aceptabilidad social y las presiones de iguales, pueden ser los principales determinantes de la experimentación inicial con una sustancia, aunque otros factores, como la personalidad y la biología del individuo sean probablemente más importantes a la hora de la precepción de los defectos de una sustancia determinada y el grado en que el consumo repetido induce cambios en el Sistema Nervioso Central. (13)(14)

Se ha afirmado que la adicción es una enfermedad cerebral, que los procesos críticos que transforman la conducta voluntaria de consumo en una de carácter compulsivo son cambios estructurales o neurobioquimicos del cerebro del consumidor. La pregunta, compleja y sin respuesta, es si dichos cambios son necesarios y suficientes para explicar la conducta del consumo de drogas, muchos aducen que no, que la capacidad de los individuos drogodependientes para modificar la conducta del consumo de la droga en respuesta a refuerzos positivos o contingencia aversivas indica que la naturaleza de la adicción es más compleja y requiere la interacción de múltiples factores. (13)(14)

2.2.2.1. FACTORES BIOMÉDICOS

La evidencia que apoya la participación de factores biomédicos en los trastornos relacionados con sustancias proviene de datos genéticos, fisiológicos, bioquímicos y prenatales.

A. FACTORES GENÉTICOS

Un gran número de estudios en gemelos con marcadores genéticos y adopción, apoya la conclusión de que la susceptibilidad a los factores adversos de alcohol y

predilección incontrolable por la bebida son hereditarios. Datos similares se aplican a otras drogas de manera particular a opioides y cocaína. (13)(14)

Según estudios publicados en el NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), indican que los hijos de padres alcohólicos son más propensos a desarrollar trastornos por el consumo de alcohol en un 50% a 60% que la población general. Del mismo modo, los hijos de padres que abusan de drogas ilícitas tienen una probabilidad del 45% a 79% más de consumirlo que la población general. (15)

Es especialmente intrigante los estudios que muestran que es más probable que el alcoholismo se presente en niños adoptados cuyos padres biológicos fueron alcohólicos, que en aquellos cuyos padres no lo eran. (13)(14)

De estos estudios de adopción surgen dos tipos de alcoholismo: en el tipo 1 o alcoholismo limitado por el medio, participa tanto la predisposición genética como los factores ambientales. Este tipo de alcoholismo, es identificado con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, se relaciona después de los 25 años de edad y no existe historial de criminalidad, en este tipo también se identifican rasgos de personalidad pasivo dependientes. En el tipo 2 o alcoholismo limitado al varón, parecen más fuertes los factores genéticos y existe una mayor conducta criminal, este tipo se ha demostrado también se halla relacionado con rasgos de personalidad sociopáticos. (13)(14)

B. FACTORES FISIOLÓGICOS

Estudios fisiológicos han relacionado el alcoholismo con hipofunción de la corteza suprarrenal y de la glándula tiroides. En estos estudios no se han puesto de manifiesto si la hipofunción endocrina ocasiona alcoholismo o viceversa; por tanto, aun falta encontrar una relación causal clara. Muchos asiáticos presentan una respuesta fisiológica al alcohol, que se caracteriza por rubor facial, dolores de cabeza, taquicardia y prurito, datos que pueden dar cuenta del bajo índice de consumo de bebidas alcohólicas en dicha población. Esta respuesta, que ocurre en 30% a 50% de los asiáticos se debe a la ausencia de la aldehidodeshidrogenasa (ALDH) que es la enzima principal que descompone el acetaldehído metabolito mas importante del alcohol (13) (14)

C. FACTORES BIOQUÍMICOS

A causa de la relación entre alcoholismo y depresión, se han efectuado numerosos estudios en un intento por relacionar al alcoholismo con las concentraciones de Monoamimooxidasa (MAO). Dichos estudios han medido casi siempre las concentraciones de MAO en la plaquetas, y en ellos se ha observado que los valores son más bajos en alcohólicos que en testigos. Ya que las concentraciones de MAO se ven afectadas en gran medida por los factores genéticos, algunos investigadores especulan que pueda tratarse de un enlace bioquímico importante entre las

influencias hereditarias y el estado afectivo de los alcohólicos. Otras proteínas cerebrales, se han implicado en el alcoholismo, principalmente los neurotransmisores como el Acido GammaAminoButirico (GABA) la Glicina y el Glutamato, que controlan la apertura y clausura de canales iónicos.

La dopamina se ha relacionado con la actividad de los psicoestimulantes, como la cocaína y anfetaminas. Se ha identificado un receptor para la cocaína que parece encontrarse en el transportador de dopamina de las terminales nerviosas de la misma. Varios estudios han afirmado que los mecanismos dopaminérgicos pueden constituir una vía común final para muchas sustancias que originan conducta adictiva.

Se ha sugerido que las alteraciones en el sistema opioide endógeno son la causa de la dependencia a los opioides o bien la consecuencia de la dependencia crónica de los mismos. La adicción crónica puede surgir por la alteración de las proteínas receptores de opioides.

2.2.2.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

Los datos que se inclinan a favor de las causas psicológicas del alcoholismo, y el abuso de drogas tienen tres orígenes.

A. CONFLICTOS EMOCIONALES

La teoría psicoanalítica sostiene que la privación y el trauma muy al principio del desarrollo pueden ocasionar conflictos dolorosos que se reprimen. Pueden ocurrir síntomas como ansiedad y depresión cuando estos conflictos empiezan a entrar en la conciencia. La reactivación de los conflictos, se desencadena más tarde durante la vida a causa del estrés o los acontecimientos reminiscentes de carencia y trauma originales. Se considera que el alcohol y las drogas liberan las inhibiciones y permiten la expresión de estos conflictos reprimidos. En fecha más reciente, el abuso de sustancias se ha observado como un intento de regresar a la normalidad o liberar el sufrimiento emocional. Estudios notaron que, se ha desarrollado la hipótesis de la automedicación; la persona que utiliza sustancias elige aquella que es más apropiada para titular emociones negativas. Así los opiáceos ayudan al adicto a controlar sentimientos de ira que provienen de traumas anteriores en su vida, la cocaína se usa para afrontar sentimientos de anergia y fatiga que proviene de la depresión o una autoestima baja y el alcohol se puede utiliza para ayudar a los individuos restringidos emocionalmente a experimentar afecto y superar temores de intimidad y cercanía.

B. RASGOS DE PERSONALIDAD

La personalidad es una de las categorías más polémicas y complejas de la psicología. Es importante el analizar la etimología del término personalidad, para

diferenciarlo del temperamento y del carácter, puesto que a menudo se ha pensado que son sinónimos.

La palabra persona deriva del griego prosopon, que era la máscara que utilizaban los actores en las representaciones teatrales. En Roma, Cicerón (siglo I) usó el término persona con cuatro sentidos diferentes que son subyacentes a los diversos significados que tiene actualmente: 1) la imagen que mostramos ante los otros (no como uno es en realidad); 2) el papel que tiene el comediante en la obra y que cada uno representa en la vida; 3) la interacción de las calidades del individuo orientadas a la acción (en este sentido se basan algunas definiciones psicológicas); 4) como sinónimo de prestigio y dignidad. En esta última acepción se basa la consideración común de este término. (60) (61).

En la actualidad predomina el cuarto significado. El término personalidad se suele entender como un criterio de atractivo social. Se cree que un individuo tiene personalidad si posee algunas cualidades que los otros admiran o elogien. El hecho de ser educado, de tener atractivo físico, simpatía o talento pueden ser los factores determinantes de este criterio. (60)

Para comprender mejor el concepto de personalidad, hace falta distinguirlo de otros que están relacionados, como por ejemplo el temperamento y el carácter. (61)

El temperamento consiste en la herencia biológica recibida y, por lo tanto, es difícil de cambiar o de modificar. Millon (1993) lo describe como «el material biológico desde el cual la personalidad finalmente emerge. Se puede decir que incluye el substrato neurológico, endocrinológico y bioquímico desde el cual la personalidad empieza a formarse.»

El carácter (término derivado de una palabra griega que significa grabado) se forma por los hábitos de comportamiento adquiridos durante la vida. Millon piensa que el carácter «puede ser considerado como la adherencia de la persona a los valores y a las costumbres de la sociedad en que vive. (62)

La personalidad es la conjunción del temperamento y el carácter en una única estructura. La personalidad representa un patrón profundamente incorporado de rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos, que persisten durante largos periodos de tiempos y son relativamente resistentes a la extinción. (61) De entre las características más relevantes de la personalidad podemos mencionar las siguientes:

1. No tiene una existencia real, se infiere a partir de la conducta de los individuos. Es una abstracción que nos permite ordenar la experiencia y predecir el comportamiento en situaciones específicas.

2. Es la forma habitual de comportamiento de cada individuo. Comprende tanto su conducta manifiesta como también su experiencia privada. No consiste en

una suma conductas aisladas, sino que incluye la globalidad del comportamiento.

3. Se produce por la interacción de la herencia genética y el ambiente del individuo, por el aprendizaje social y las experiencias personales. Se desarrolla y cambia a lo largo de la vida.

4. Es individual y social. Somos diferentes pero también iguales a todas las personas que nos rodean. Cada individuo es un ser único e irrepetible, pero al mismo tiempo somos capaces de comprender a los demás y reconocernos en una comunidad de semejantes. (60) (62)

TEORIA DE RASGOS Y TIPOS

Un rasgo es una forma específica de comportamiento; así, podemos describir una persona como mentirosa, deshonesta o valiente. Un rasgo implica una disposición estable a comportarse de manera parecida en varias circunstancias. Para los teóricos de los rasgos de personalidad, estos nos permiten hacer predicciones sobre nuestra conducta y la de los otros. (60)

Un conjunto de rasgos estables da lugar a un tipo. Pero tipo no significa individuo, como cuando decimos «este tipo es tonto», sino que hace referencia a un conjunto de individuos con rasgos comunes. Con todo, los tipos no existen en realidad, sólo son modelos de comportamiento. A pesar de que cada persona se puede incluir dentro de un tipo, nunca coincide plenamente.

La primera tipología conocida fue elaborada por Hipócrates (460-357 a.C.) en la Antigüedad. Considerado el padre de la Medicina, defendió que las enfermedades no eran causadas por maldición divina, sino por un defecto cerebral. Estableció que un desequilibrio de los humores (fluidos corporales) era la causa del estado del cerebro. Los humores eran la sangre, la bilis amarilla, la flema y la bilis negra. Un predominio de la sangre producía un temperamento sanguíneo (alegre y esperanzado); el exceso de bilis amarilla llevaba a un comportamiento irascible y colérico; el aumento de las flemas causaba la apatía y la pereza del flemático, y un exceso de bilis negra era el origen del comportamiento melancólico. (61)

Los rasgos pueden calificarse en cardinales, centrales y secundarios.

RASGOS CARDINALES:

Son relativamente poco frecuentes, son tan generales que influyen en todos los actos de una persona. Un ejemplo de ello podría ser una persona tan egoísta que prácticamente todos sus gestos lo revelan.

RASGOS CENTRALES:

Son más comunes, y aunque no siempre, a menudo son observables en el comportamiento. Ejemplo, una persona agresiva tal vez no manifieste este rasgo en todas las situaciones.

RASGOS SECUNDARIOS:

Son atributos que no constituyen una parte vital de la persona pero que intervienen en ciertas situaciones. Un ejemplo de ello puede ser, una persona sumisa que se moleste y pierda los estribos.

Durante el siglo pasado se realizaron varios intentos de reducir los rasgos individuales de la personalidad a un número limitado de categorías o tipos, utilizando metodologías experimentales y estadísticas como, por ejemplo, el análisis factorial A pesar de esta multiplicidad de tipologías hay cinco rasgos principales que posiblemente abarquen la mayoría de los rasgos generales atribuibles a los diferentes tipos de personalidad. Por esta razón cada vez son más los investigadores que coinciden en lo que se dio en llamar "los cinco grandes".

Cada rasgo estaría presente en cada persona en una medida continua que va desde su afirmación plena en un extremo hasta su término opuesto en el otro. Estos cinco factores son los siguientes, con sus respectivas gradaciones (60) (Cuadro 1).

Cuadro 1.- Rasgos de personalidad

Factor de rasgo	Escala de rasgo representativas
1. Apertura mental	Convencional-Original Poco audaz-Temerario

	Conservador-Liberal
2. Extraversión	Retraído-Sociable
	Silencioso-Hablador
	Inhibido-Espontáneo
3. Responsabilidad	Descuidado-Prudente
	Irresponsable-Fiable
	Negligente-Concienzudo
4. Afabilidad	Irritable-Amable
	Despiadado-Bondadoso
	Egoísta-Desprendido
5. Estabilidad emocional	Calmado-Preocupado
	Duro-Vulnerable
	Seguro-Inseguro

Fuente: Jalón Corominas, Investigaciones de la psicología sus conceptos modernos, Universidad confluence de Madrid

RASGOS DE PERSONALIDAD ADICTIVA

A continuación veremos un listado de rasgos de personalidad típicos del adicto y la forma como fomenta la adicción. (61) (62) (63) (64) (Cuadro 2)

Cuadro 2.- Rasgos de personalidad del adicto

Rasgo de personalidad	Modos en que fomenta la Adicción
Sentimiento de vergüenza	La droga promueve sentimientos de adecuación y anestesia el dolor que provoca la vergüenza
Perfeccionismo, autocritica implacable	La droga hace que la persona se sienta más perfecta o lo libera de esforzarse por ser perfecta.
Deshonestidad, autoengaño	Con la deshonestidad como segunda naturaleza, es

	fácil que prevalezca la negación acerca del uso de la droga.
Modo de pensar extremista, en blanco y negro	Induce al adicto a reaccionar exageradamente, a los acontecimientos; los estados de ánimo desagradables hacen más atractivo el uso de droga.
Obsesión con uno mismo	Un incesante lamerse las heridas.
Carencia del sentido de si mismo	La adicción suministra una seudoidentidad aunque esta sea negativa.
Vacio interior	La droga es utilizada para llenar la carencia interior
Carencia de significación y propósito	La adicción suministra un substituto de la dedicación
Excesiva búsqueda de aprobación	La droga ayuda a acopiar mas aprobación ajena y o anestesia al usuario respecto al rechazo.
Autocensura	La droga ayuda a eliminar el examinador interno y le permite al usuario ser el mismo
Sentimientos de culpa	La adicción suministra un punto de referencia para la culpa, un modo de actuar en consecuencia.
Dificultades para controlar la ira	Las conductas adictivas proporcionan un terreno en el cual manifestar la ira o la evadirla. En cualquiera de ambos casos, el adicto no tiene que hacerse responsable de él.
Depresión subyacente	Los alteradores del estado de ánimo estimulan contrarrestar los sentimientos de depresión.
Adormecimiento emocional	Los alteradores del estado de ánimo mantienen los sentimientos y los contrarresta con inercia mortal.
Tensión interior	La adicción suministra una constante actividad o bien reduce la tensión.
Necesidad de dependencias ocultas	La droga satisface necesidades en forma pasiva y como por arte de magia, al mismo tiempo que

	suministra una fachada de independencia
Dificultades con las figuras de autoridad	Algunas adicciones representan la lucha del individuo contra la autoridad, mientras que otras parecen servir para ganarse la aprobación de estas.
Necesidad de gratificación inmediata	La adicción proporciona un arreglo rápido, seguro que el adicto cree "merecerse"
Falta de internalización de un "buen padre"	La droga proporciona una especie de consuelo y respaldo
Dificultad para sentir placer real	La adicción proporciona un seudoplacer
Problemas con la intimidad; sentimientos de soledad y falta de pertenecía	La droga sustituye a la relación intima, alivia los sentimientos de soledad y a veces suministra una "seudocomunidad"

Fuente: Atkinson & Hilgard's, Introducción a la Psicología, 14ª edición, Madrid, Ed. Thompson, 2003, Cap. 13, p.417

C. CONDUCTA APRENDIDA

También se ha utilizado la teoría del aprendizaje para desarrollar un modelo causa de uso de sustancias. Muchos alcohólicos informan que, al estar intoxicados, se reduce su ansiedad y se sustituye con una sensación de bienestar. Por otro lado, muchos individuos que abusan de las drogas encuentran señales en el ambiente, facilitando su reincidencia mediante "recordatorios" de su sustancia de abuso. El concepto de recordatorios pertenece a una línea de investigación acerca del abuso de sustancias que se denominan "reactividad a las señales". Por ejemplo, ya que las personas son atraídas por estados placenteros, se refuerza la conducta de ingestión

de alcohol y, de manera gradual, se vuelve una conducta aprendida (hábito). Se puede decir lo mismo respecto de otras sustancias de abuso. (10)(13)

2.2.2.3. FACTORES SOCIALES

Varios estudios demuestran relaciones entre la variable social y las proporciones del abuso de sustancias o alcoholismo, apoyando la importancia de factores sociales como causa del abuso de drogas. (10)(13)

La estructura familiar también desempeña una función importante tanto en el alcoholismo como en el abuso de drogas. Por medio de la teoría general de sistemas, es posible conceptuar a la familia de quien abusa de sustancias como un sistema desadaptativo cuya estabilidad depende de que uno de sus miembros desempeñe el papel de enfermo. Cualquier intento por parte del médico, el terapeuta, u otras personas por cambiar la conducta de un integrante de la familia, alterara a los demás y aumentara su ansiedad en un intento de todos por resistirse a la influencia trastornante. (13)(41)

2.2.2.4. FUNCION DEL ESTRÉS

La interacción de factores biomédicos, psicológicos, y sociales pueden conducir al desarrollo gradual de alcoholismo o dependencia de drogas. En algunos individuos que abusan de sustancias, sobreviene un acontecimiento traumático agudo de la vida, por ejemplo, muerte, enfermedad física o incluso Síndrome de Estrés Postraumático Retrasado, que aumenta la ingestión de alcohol o uso de drogas como mecanismo para afrontar la ansiedad y la depresión resultantes. En la investigación diagnóstica de quienes abusan de sustancias, es útil buscar los antecedentes del incremento de la bebida o el uso de drogas después de acontecimientos generadores de estrés. (13)

2.2.3 DETECCIÓN DEL CONSUMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS TOXICAS.

El examen de salud anual permite identificar a los adolescentes con problemas de consumo o abuso de sustancias. Se dispone de varios cuestionarios de autoevaluación con diversos niveles de estandarización, longitud, y fiabilidad. La regla nemotécnica clásica CAGE empleada para la valoración del abuso del alcohol en adultos, se ha modificado para su ampliación en adolescentes, y se han desarrollado otras específicas para estos pacientes, como por ejemplo el Método CRAFFT. (7)(16) (Cuadros 3 y 4)

Cuadro 3.- Regla nemotécnica CRAFFT

1. ¿Ha ido alguna vez en un **C**oche conducido por alguien (o usted mismo) que estuviera de "subidon" o que hubiera consumido alcohol o drogas?
2. ¿Ha utilizado alguna vez alcohol o drogas para **R**elajarse, sentirse mejor o ser aceptado?
3. ¿Ha consumido drogas o alcohol alguna vez mientras estaba solo (**A**lone)?
4. ¿Se ha olvidado (**F**orget) alguna vez de las cosas que hice, mientras estaba bajo los efectos del alcohol o las drogas?
5. ¿Le han dicho sus amigos o su **F**amilia alguna vez que debería dejar de consumir drogas o beber?
6. ¿Ha tenido alguna vez problemas (**T**rouble) por emplear alcohol o drogas?

Fuente: Anglin TM: Evaluation by interview and questionnaire. En Schydiower M: substance abuse: A guide for health professionals. Elk Grove Village, IL, AAP, 202, pág. 69

Cuadro 4.- Valoración de la gravedad de la adicción a drogas en la adolescencia

Variable	0	(+1)	(+2)
Edad	Mayor 15	Menor 15	
Sexo	Varón	Mujer	
Antecedentes familiares		Si	
Forma de consumo	En grupo		Solo
Estado afectivo previo	Alegre		Triste
Rendimiento escolar	Bueno	Regular	Deficiente
Consumo previo conducción	Ninguno		Si
Antecedentes de accidentes	Ninguno		Si
Momento de la semana	Fines de semana	Entre semana	
Momento del día		Luego de clase	Antes de clase
Tipo de droga	Marihuana	Alucinógenos	Whisky
	Vino	Anfetaminas	Opiáceos
	Cerveza		Cocaína
			Barbitúricos
Puntuación total	0-3 poco preocupante, 3-8 grave, 8-18 muy grave.		

Fuente: Nelson, TRATADO DE PEDIATRIA, ed. 17, pág. 654

Se recomienda la detección selectiva en orina en determinadas circunstancias, la mayoría de las cuales deben garantizar la confidencialidad y la elección informada del adolescente. Las indicaciones de la detección selectiva de drogas en orina comprenden:

A) Síntomas Psiquiátricos para descartar comorbilidad o diagnósticos dobles.

B) Alteraciones significativas del rendimiento escolar u otros comportamientos diarios.

C) Accidentes frecuentes

D) Episodios frecuentes de problemas respiratorios

E) Valoración de accidentes de tránsito o lesiones graves

F) Procedimiento de control durante un programa de recuperación.

La prevalencia de vida de consumo de cualquier droga (inhalantes, marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis) a nivel nacional es del 11.7%, más alta en la Amazonía 15.3%, sierra 13.1% y menor en la Costa 9.2%. Los estudiantes de colegios fiscomisionales registran una prevalencia de 16.1%, seguida por la de colegios privados 13.1% y públicos 10.4%. Con relación al género del estudiante, la prevalencia de estudiantes varones 16.3% resulta ser más del doble que a la de mujeres 7.6%. (2)

De los que alguna vez en su vida han consumido algún tipo de estas drogas, a nivel nacional, cerca de las tres cuartas partes 73% han consumido una sola droga, el 17% dos drogas y el restante 10% tres o más drogas. (2)

2.2.4 DIAGNOSTICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

Los criterios diagnósticos, para valorar la gravedad del consumo y abuso oscilan desde la variación en el uso de sustancias toxicas, pasando por el diagnostico de problemas de abuso, hasta el trastorno por el abuso de sustancias toxicas.

Un adolescente tiene un problema de abuso cuando el consumo sucede más de una vez y se asocia a trastornos de memoria u otras deficiencias de la función motora. Los estadios de la progresión desde el consumo a la dependencia se pueden visualizar en el cuadro 5. En el estadio 3 se debe derivar al adolescente a un centro especializado o a un programa del tratamiento de adicciones, salvo que el médico de atención primaria tenga una formación específica en Medicina de las Adicciones. (7)

Cuadro 5.- Estadio del abuso de sustancias tóxicas en la adolescencia

ESTADIO	DESCRIPCIÓN
1	**Potencial de abuso** * Menor control de los impulsos * Necesidad de gratificación inmediata * Disponibilidad de drogas, alcohol e inhalantes * Necesidad de aceptación por los compañeros
2	**Experimentación: Aprendizaje de euforia** * Uso de inhalantes, tabaco, alcohol y marihuana con los amigos * Pocas o nulas consecuencias * Consumo que puede aumentar los fines de semana * Escasos cambios de conducta
3	**Uso regular: Búsqueda de la euforia** * Consumo de otras drogas como por ejemplo estimulantes, LSD, sedantes * Cambio de conducta y algunas consecuencias * Mayor frecuencia de uso; consumo en soledad * Compra o robo de drogas
4	**Uso regular: Preocupación por el "subidon"** * Consumo diaria de drogas * Pérdida de control * Múltiples consecuencias y asunción de riesgos

* Alejamiento de la familia y amigos "honestos"

5 Agotamiento : El consumo de drogas se percibe como algo normal

* Adicción cruzada o consumo de varias sustancias
* Culpa, huída, vergüenza, remordimiento, depresión
* Deterioro físico y mental
* Aumento de los comportamientos de riesgo, autodestrucción, suicidio

Fuente: Tomado de comerci GD: Recognizing the five stages of substance abuse.

2.2.5 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.

A las drogas se les puede clasificar de diversas maneras, la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) ha señalado importante tener en cuenta tres criterios que son (17):

1. Según legalidad de venta y consumo.
2. Según efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC).
3. Según efecto y toxicidad.

2.2.5.1 DROGAS OPIÁCEAS.

El término **opiáceo** se refiere a los alcaloides presentes en el opio, un extracto de la exudación lechosa y blanca obtenida de la incisión de la cápsula de la amapola o adormidera (*Papaver somniferum L.*)(17). También se ha utilizado

tradicionalmente para referirse a los derivados naturales y semi-sintéticos de la morfina (18) (19) (7).

El consumo de opiáceos por adolescentes disminuyo de forma notable en la década de 1980 – 1990, pero la magnitud y la variedad de sus secuelas médicas justifican una educación continua. Aunque es una droga menos consumida, la heroína produce euforia y analgesia, la heroína se hidroliza a morfina, que sufre una conjugación hepática con ácido glucorónico antes de ser excretada, en general a las 24 horas de su administración. (7)(19)

En el Ecuador la prevalencia del consumo de opiáceos por los estudiantes de enseñanza media es de aproximadamente 1.8 %. Más altos niveles se registran en la sierra (2.7%) y Amazonía (2,9%) colegios privados (2.5%) y fiscomisionales (3.2).

La edad promedio al primer consumo es de 13.8 años. Esto según el último dato estadístico del CONCEP. (2)

La vía de administración condiciona la aparición de su acción. Cuando la droga se inhala, se tarda unos 30 minutos en conseguir el efecto deseado. Por vía subcutánea este efecto se obtiene en minutos, pero cuando se inyecta por vía intravenosa es inmediato. (18)(19)(7).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Las manifestaciones clínicas vienen determinadas por los efectos farmacológicas de la heroína y las sustancias adulterantes que se añaden, además de por las condiciones y las vías de administración.

Entre los efectos cerebrales destacan la euforia, la disminución del dolor y las pupilas puntiformes la vasodilatación es la principal manifestación cardiovascular relacionada con la vía de administración de la droga. El edema de pulmón es frecuente en las muertes por sobredosis, aunque también puede ser un hallazgo radiológico casual en un consumidor de heroína adolescente asintomático. (17)

Las lesiones dermatológicas más habituales son los "trayectos", unas cicatrices lineales hipertróficas que siguen el curso de las venas de gran calibre. Los intentos de ocultar estos estigmas justifican la realización de tatuajes no habituales en lugares poco frecuentes.

También se observa una pérdida de la lívido de mecanismo desconocido. Las heroinómanas pueden caer en la prostitución con el objeto de conseguir dinero para su consumo, lo que aumenta el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, de gestación y otros peligros. El estreñimiento es consecuencia de la disminución de la motilidad propulsiva del musculo liso y del incremento del tono del esfínter anal. (18)(19)(7).

ABSTINENCIA

Tras un periodo de 8 horas o más sin consumir heroína, el adicto presenta durante unas 24 a 36 horas, una serie de trastornos fisiológicos denominado en conjunto Síndrome. El primer signo son los bostezos, seguidos del lagrimeo, midriasis, insomnio, calambres en los músculos voluntarios, hiperactividad de los ruidos intestinales y diarrea, taquicardia e hipertensión sistólica. La administración de metadona es la forma de desintoxicación más frecuente. También resulta eficaz y segura la administración de un ciclo corto de diazepam como tratamiento de desintoxicación de la heroína (17).

SOBREDOSIS

Se trata de la principal causa de muerte entre los adictos a esta droga. Los signos clínicos comprenden estupor, convulsiones, miosis (salvo en presencia de una anoxia grave), depresión respiratoria, cianosis y edema de pulmón. El diagnostico de toxicidad por opiáceos se facilitan administrando por vía intravenosa el antagonista naloxona en dosis 0.01 mg/kg (en adolescentes, la dosis inicial habitual es de 2mg), que origina una dilatación de las pupilas mióticas por el opiáceo. (18)(19)(7).

TRATAMIENTO.

Consiste en mantener una oxigenación adecuada y una administración continúa de naloxona cada 5 minutos, si es necesario, para mejorar y mantener una ventilación

adecuada. Puede ser necesario mantener la naloxona durante 24 horas cuando se ha tomado metadona en lugar de la heroína de acción más corta (17).

2.2.5.2. DROGAS ESTIMULANTES

Un estimulante (del verbo latino stimulāre) o psicoestimulante o psicotónico es, en general, una droga que aumenta los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerza la vigilia, el estado de alerta y la atención.

Inicialmente, el hombre descubrió los estimulantes en la naturaleza, pues se hallaban (al igual que ahora) profusamente distribuidos en distintas especies vegetales. Desde entonces, éstos han coexistido con nuestro género, forjando hábitos y creencias profundamente arraigados en todas las culturas.

A partir del siglo XIX, se sumaron a esta clase farmacológica las moléculas aisladas del sustrato vegetal (fundamentalmente alcaloides) y, más tarde, aquéllas que surgieron como producto exclusivo de reacciones químicas ensayadas por el hombre, es decir, las variantes sintéticas. (17).

2.2.5.2.1 COCAÍNA.

El crack, una forma muy fumada de la cocaína, ha incrementado su disponibilidad y gravedad del consumo de esta sustancia a pesar de la disminución de su uso en la población general. El crack representa casi la mitad de la cocaína total consumida.

La cocaína, un alcaloide extraído de las hojas de la *erythroxylon coca* de Sudamérica, se vende como clorhidrato en forma cristalina. Se absorbe con rapidez por la mucosa nasal, se destoxifica en el hígado y se excreta por la orina en forma de benzoil ecgonina. Su semivida es superior a una hora. Hoy en día se ha popularizado el consumo del alcaloide de la cocaína (base libre) fumando en pipa o en cigarrillos, mezclado con tabaco, marihuana o perejil o también en forma de pasta, el consumidor de crack tiene un "subidón" en menos de 10 segundos. (7)(18)(19)

En el Ecuador, la prevalencia de vida de consumo es el 2.2%. Las más altas se registran en estudiantes de la Sierra 2.7% y Amazonía 2.8%, colegios privados 2.5%. La edad promedio al primer consumo a nivel nacional 14.4 años (2)

FARMACOLOGÍA.

La cocaína ya no es una droga de consumo selectivo de las clases sociales más altas, consumiéndose en todos los niveles socioeconómicos y diferenciándose dos patrones de consumo: episódico (fin de semana) y crónico (diario) menos frecuente.

FARMACOCINÉTICA.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN:

- Oral (masticando las hojas) tradicional en los países productores,
- Nasal (clorhidrato de cocaína esnifado) la vía más frecuente,

- Inhalatoria (crack), muy adictivo por su rápido efecto),
- Intravenoso (speed ball).

La vida media es de una hora, eliminándose a través de las esterasas plasmáticas (se puede detectar metabolitos en orina hasta dos a tres días después), es muy frecuente que se consuma con el alcohol, pues se produce un metabolito intermedio (coca – etanol) que prolonga sus efectos. (17)(7)(18)(19)

FARMACODINAMIA.

Ejerce su efecto a través del bloqueo de la receptación de aminas en el SNC (dopamina sobre todo), bloqueo en principio reversible (posibilidad de daño permanente si consume a largo plazo), crea tolerancia rápidamente, cruzando con las anfetaminas. (17)(7)(18)(19)

PROBLEMAS ASOCIADOS.

- **Intoxicación:** Depende de la vías utilizada (más rápida en forma inhalatoria que intranasal, lo que produce un efecto más prolongado). Produce estimulación y euforia con disminución del cansancio. En dosis altas, pueden padecer alucinaciones táctiles o visuales, y delirios (paranoias), midriasis bilateral reactiva, bruxismo, y movimientos estereotipados. Aumenta la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca y la presión arterial. Riesgo de convulsiones y muerte (súbita si hay déficit de pseudocolinesterasa) para su

tratamiento no se dispone de antagonistas, se debe monitorizar la saturación arterial de oxigeno, la tensión arterial y el electrocardiograma. Inicialmente se maneja con benzodiacepinas. Los antipsicóticos deben usarse con cuidado, pues incrementan el riesgo de convulsiones, y nunca si es benzodiacepinas, las convulsiones se manejan con diazepam y obligan a realizar una TAC craneal. Hay que hidratar muy bien al paciente para reducir el riesgo de rabdomiólisis. La hipertermia se controla con medidas físicas. La crisis HTA, los fenómenos isquémicos y las arritmias requieren tratamiento específico, debiendo evitarse los betabloqueantes puros, pues pueden conducir a una hiperactividad alfa – adrenérgica, agravando el cuadro. (17)(7)(18)(19)

- **Efectos del Uso crónico:**

    - Locales: Perforación y necrosis del tabique nasal por vasoconstricción
    - Sistémicos:
        - Vasoconstricción: Cardiopatía Isquémica y disminución del flujo sanguíneo cerebral con riesgo de Accidente Cerebrovascular Transitorio y convulsiones.
        - Daño Pulmonar por los disolventes de la cocaína preparada para fumar.
        - Riesgo de Necrosis Hepática

- Parkinsonismo o hiperprolactinemia persistente (impotencia y ginecomastia en varones, amenorrea, galactorrea y esterilidad en mujeres) como reflejo de la depresión dopaminérgica.

- Psiquiátricos:
  - Psicosis: De tipo paranoide. Son frecuentes las alucinaciones, siendo típicas las táctiles con sensación de que la piel es recorrida por insectos.
  - Abstinencia: Cuadro de perfil depresivo con intensos deseos de volver a consumir (craving) aumento del apetito e hipersomnia.

- **Tratamiento de la dependencia**: De nuevo, lo fundamental es el abordaje psicosocial (psicoterapia individual y de grupo). Los fármacos son poco eficaces; se usan antidepresivos, agonistas dopaminérgica (bromocriptina, levo-dopa) o estabilizadores como (gabapentina y topiramato) (17)(7)(18)(19)

2.2.5.2.2 ANFETAMINAS

Las anfetaminas son sustancias que se mantienen en una dualidad constante: son fármacos y «drogas», legales e ilegales, antiguas y actuales; quizás sean las sustancias de síntesis que han sobrevivido más tiempo en el mercado (son más antiguas que la Aspirina) a pesar de los continuos vaivenes de éste. En la actualidad,

la investigación que se realiza sobre las anfetaminas está impulsada por el abuso que se hace de los derivados de consumo más extendido como el «éxtasis» (17) (20)

En lo referente a las drogas ilícitas, su clasificación como entactógenas o alucinógenas varía de unos autores a otros. Mientras algunos consideran que todas las anfetaminas son alucinógenas, otros distinguen claramente entre los efectos estimulantes de la d-anfetamina, los entactógenos de algunas como el MDMA o MDA y los alucinógenos de otras como el DOI (dioxometilyodo anfetamina), STP (Serenidad-tranquilidad-paz),entre otros (17)(20)

FARMACOCINÉTICA

En general, todos los derivados anfetamínicos se absorben bien por vía oral, desarrollando sus efectos en unos 30 minutos. También se pueden administrar por vía parenteral, en cuyo caso los efectos sufren variaciones, sobre todo en el consumo recreacional donde se han descrito efectos alucinógenos en los compuestos considerados entactógenos e incluso en la d-anfetamina. La Metanfetamina también se consume fumada (ice) o esnifada. (7)(17)(18)(19)(20)

Su distribución en el organismo es total, atraviesan muy bien la barrera hematoencefálica y se produce una cierta acumulación en el cerebro, riñón y pulmón. Su unión a proteínas plasmáticas es escasa (15-30%). No son metabolizadas por la MAO ni por las COMT; presentan una vida media prolongada 5 a 30h

aproximadamente; sufren metabolismo hepático y se elimina mediante la orina. (7)(17)(18)(19)(20)

FARMACODINAMIA

Las anfetaminas van a desarrollar, en general, un mecanismo de acción que involucra a varios neurotransmisores como son Dopamina, Serotonina, Adrenalina y Noradrenalina. A través de ellos se intentan explicar los múltiples efectos que van a manifestar estos compuestos**.** (20)

En cuanto al mecanismo de acción de los derivados entactógenos o alucinógenos, parecen ser el resultado de un mecanismo mixto, en el que intervendría una liberación de dopamina en numerosas áreas cerebrales, como la corteza motora, el hipotálamo y el sistema límbico, y la inhibición de la recaptación de serotonina. (17)(18)(19)(20)

No se puede olvidar el mecanismo de aminas simpaticomiméticas desarrollado por todos los derivados de estructura fenilisopropilamina, que se caracteriza por una estimulación tanto directa (estimulación de receptores adrenérgicos) como indirecta (incremento de la liberación) del sistema nervioso vegetativo simpático. Dicho mecanismo explicaría los efectos centrales, como incremento de la actividad motora, la disminución del cansancio, entre otros y los efectos periféricos que acompañan irremediablemente a estos fármacos, como son taquicardia, sudoración, dificultad en la micción, entre otros. (17)(18)(19)(20)

EFECTOS FARMACOLÓGICOS

En el caso de las anfetaminas entactógenas y alucinógenas, los efectos que se persiguen con su consumo son los estimulantes del sistema nervioso central. 20). Es muy común la descripción, por parte de los consumidores, de efectos como el amor por el prójimo, la proximidad a los demás, la sensación de amistad y felicidad, desaparición del miedo y de la timidez. Además algunos individuos comentan la sensación de ilusiones ópticas y auditivas, que se hacen mucho más intensas en los lugares donde se celebran fiestas (*raves*) dirigidas al consumo de anfetaminas y caracterizadas por la existencia de intensos estímulos visuales y auditivos. También se acompañan de ilusiones táctiles con una percepción alterada de la sensibilidad. Estas percepciones ilusorias se pueden transformar en alucinaciones propiamente dichas cuando las dosis administradas son muy altas. (20)

TRATAMIENTO

La agitación y el delirio se pueden tratar con haloperidol o droperidol. Las fenotiacidas están contraindicadas porque pueden provocar un aumento rápido de la presión arterial o la actividad convulsiva. Otros tratamientos de soporte incluyen una manta de enfriamiento para la hipertermia y el tratamiento de la hipertensión arterial y arritmias, que pueden responder a la sedación con diazepam (7).

2.2.5.3 ALCOHOL

Las bebidas alcohólicas se han utilizado siempre. Es la adicción que reina a lo largo de la historia del hombre. Lo bebían en la antigua Grecia y Roma, los señores y siervos en la Edad Media y cuando los puritanos llegaron a América en 1620, introdujeron la práctica de beber alcohol. En esos tiempos era difícil encontrar agua potable, por lo que todo el mundo bebía alcohol en las comidas. El alcohol representaba más que una simple bebida, era la forma de celebrar importantes acontecimientos como tener una nueva casa, la fiesta de la cosecha, las bodas y los funerales. (21)

El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales como violaciones y riñas, práctica de sexo sin medios de protección, abandono familiar y laboral. Se vincula mundialmente con el 50 % de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30 % de las admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis. También se ha responsabilizado con casi la mitad de los condenados por faltas y delitos tan graves como asesinatos. Se relaciona con la tercera parte de los hechos delictivos y violentos y entre el 20 y el 25 % de las muertes por accidentes (21)

La prevalencia de vida de consumo de alcohol por parte de los estudiantes ecuatorianos es ahora del 79.4%, la edad promedio al primer consumo tiende a ser

cada vez menor, registrándose en la encuesta de 12.8 años en comparación al 13.7 y 14.8 en las anteriores encuestas. (2)

La prevalencia en colegios privados es del 84% y fiscomicionales 82%. Cabe destacar que a más año de estudio y edad del estudiante la prevalencia aumenta. En el caso de la edad la prevalencia va del 71% en estudiantes menores de 15 años al 90% en estudiantes de 90 años.

FARMACOLOGÍA DEL ALCOHOL

El alcohol de consumo habitual es el etílico (etanol); cada gramo de etanol, el consumo de unos 120 ml de alcohol, de alta gradación (43 grados) con el estómago vacío, produce una concentración de etanol plasmático de unos 65 miligramos/decilitro en un varón adulto de peso medio, y 80 ml/dl en una mujer adulta premenstrual. La definición legal de intoxicación es una alcoholemia de 0.08 a 0.1%.

FARMACOCINÉTICA.

Se absorbe bien por vía oral (20% en estómago, 30% en intestino próxima): también por vía inhalatoria y percutánea se obtienen indicios plasmáticos en 10 minutos, y el nivel máximo en una hora; la absorción aumenta con la carbonatación (bebida espumosas, con la ausencia de alimentos, y con un vaciamiento gástrico rápido. La

distribución es amplia incluyendo la difusión hematoencefálica y fetoplacentaria (7) (17) (18) (19). La eliminación se lo hace por vía hepática en orina o respiración.

FARMACODINAMIA.

El etanol actúa como un depresor especifico del sistema nervioso central, existiendo un claro riesgo de potencialización con otros depresores (benzodiacepinas, antidepresivos y antipsicóticos). El consumo agudo produce una depresión funcional, en primer lugar de las funciones cortical y cerebelosa "desinhibición" conductual, excitación, aumento de la sociabilidad, euforia; en cantidades elevadas, deprime el centro respiratorio y vasomotor, produce hipotermia y conduce al coma. Produce alteraciones del sueño: al principio disminuye la latencia de sueño y reduce el REM del inicio de la noche con rebote posterior (pesadilla); también disminuye el sueño profundo y la calidad del sueño, con frecuentes despertares (sueno fragmentado). A nivel somático. Destaca su efecto diurético, cardiodepresor, hipoglucemiante y miorelajante uterino.

Problemas Relacionados con el consumo de alcohol. Se define al consumo excesivo de alcohol a un consumo por encima de 25 g/día en mujeres y 40 g/día en hombres, la definición clínica de alcoholismo es un consumo de alcohol en cualquier cantidad, como para producir problemas familiares, laborales, legales o físicos (incluyendo síntomas de abstinencia).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El alcohol actúa principalmente como depresor del SNC. Provoca euforia, inestabilidad, verborrea y trastornos de la memoria reciente y eleva el umbral del dolor. La capacidad del alcohol de producir vasodilatación e hipotermia y también es de mecanismo central. Su efecto inhibidor sobre la liberación de las hormonas antidiurética hipofisaria justifica su efecto diurético. Las complicaciones digestivas del consumo de alcohol pueden surgir tras una única ingestión de gran volumen. La más frecuente es la gastritis erosiva aguda.

Solo un pequeño porcentaje de adolescentes se convierten en alcohólicos jóvenes; sin embargo, no es raro que el consumo de alcohol durante la adolescencia obligue a intervenciones terapéuticas. Los adolescentes que refieren haber estado ebrios 6 veces o mas durante el año anterior, han tenido problemas con los responsables escolares, loa amigos, o la policía, han sido criticados por sus parejas, por sus hábitos de bebida, o han conducido ebrios, se consideran bebedores problemáticos.

DIAGNÓSTICO.

El olor característico del alcohol ayuda a realizar el diagnostico, se recomienda confirmarlo con un análisis de sangre. Cuando los valores de alcoholemia superan los 200 mg/dl, el adolescente puede morir, y los superiores a 500 mg/dl (dosis letal media) se suele asociar a muerte. El síndrome de sobredosis alcohólica debe

sospecharse ante cualquier adolescente que parezca desorientado, obnubilado o comatoso.

TRATAMIENTO.

El mecanismo habitual de muerte en la sobredosis de alcohol es la depresión respiratoria, por lo que se debe suministrar soporte ventilatorio artificial hasta que el hígado pueda eliminar una cantidad de alcohol suficiente del organismo. En un paciente sin alcoholismo se trata 20 horas para reducir la alcoholemia de 400mg/dl a 0. Se debe plantear la diálisis cuando la alcoholemia es mayor a 400mg/dl. (7)(17)(18)(19).

2.2.5.4 TRANQUILIZANTES

La prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica por parte de los estudiantes ecuatorianos es del 11.5%, y la edad promedio al primer consumo es de 13.2 años. (2).

2.2.5.4.1 BENZODIACEPINAS

Las benzodiacepinas constituyen uno de los grupos de medicamentos más prescritos en la práctica médica. Las benzodiacepinas son un grupo de fármacos bastante seguros, pero cuya utilización prolongada presenta riesgo de tolerancia y dependencia. (22)

FARMACOCINÉTICA

Su administración puede ser oral, intravenosa o intramuscular. Se metabolizan a nivel microsomal hepático por oxidación, desalquilación e hidroxilación. Su eliminación es por vía renal. Su vida media puede ser de acción ultracorta, corta y larga. (22)

FARMACODINAMIA

Las benzodiacepinas se unen a un sitio específico del receptor gabaergico y la consecuencia de esta unión es una mayor afinidad del GABA por sus sitio de acción que se traduce en un aumento de la frecuencia de la apertura del canal del cl- y por lo tanto un incremento de la transmisión inhibitoria GABAergica. Los barbitúricos, a diferencia de las benzodiacepinas a bajas dosis prolongan el tiempo de apertura del canal del cloro por acción del GABA mientras que a dosis altas abren directamente el canal. Esta diferencia hace que las benzodiacepinas no sean capaces de proporcionar una activación superior a la que lograría el propio GABA lo que explicaría su índice terapéutico superior al de los barbitúricos. (22)

Las benzodiacepinas se pueden utilizar como ansiolítico, hipnótico, miorelajante, y anticonvulsivante. (7)(18)(19)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS POR INTOXICACIÓN

La coingestión de benzodiacepinas con otras sustancias sedantes, hipnóticas, etanol o antipsicóticos, potencializa el efecto depresor sobre la respiración y la conciencia.

Los síntomas de depresión del sistema nervioso central (SNC) suelen iniciarse rápidamente por vía venosa, o a los 30–120 minutos por vía oral, dependiendo del compuesto. Los síntomas más comunes son sedación, ataxia, somnolencia, disartria, nistagmos y pupilas mióticas o intermedias. Ocasionalmente pueden observarse algunos efectos paradójicos como agresión, excitación, psicosis o deterioro neurológico importante, siendo ancianos y niños más susceptibles a este tipo de manifestaciones. (18)(22).

TRATAMIENTO

El flumazenil (Lanexat®) en ampollas de 5 mL (0,1 mg/mL) es el antídoto específico para la intoxicación por benzodiacepinas y su uso debe restringirse a casos seleccionados, tales como:

- Pacientes con sedación profunda.
- Pacientes con depresión respiratoria.
- Pacientes en coma.

Luego de aplicado el flumazenil sus efectos se inician en 1-2 minutos y persisten durante 1-5 horas dependiendo de la cantidad y el tipo de benzodiacepina ingerida. La dosis inicial es de 0,2mg IV, y en caso de no obtenerse respuesta se suministran bolos de 0,3 mg, hasta un máximo de 3 mg. Si con esta dosis no ha revertido la sedación pueden descartarse las benzodiacepinas como causa de la intoxicación. (18)(23).

2.2.5.5 MARIHUANA.

La marihuana y el alcohol, las sustancias de abuso más populares entre los adolescentes, comparten varias características psicofarmacológicas. Ambas sustancias disminuyen la memoria reciente y la coordinación fina, prolongan el tiempo de reacción y producen "embotamiento mental". Unos 300mg de cannabis equivalen a 70g de alcohol. (7)(18)(19)

La prevalencia de consumo en el Ecuador de esta droga es del 6.4% a nivel nacional. Siendo en estudiantes de colegios privados el 8.8% y en fiscomicionales 7.9%, la edad promedio al primer consumo a nivel nacional es de 14.6 años.

FARMACOLOGÍA.

La marihuana (THC, hierba, hachís, chocolate), se sintetiza a partir de la resina de la planta *cannabis sativa,* que florece en climas secos, templados y caídos. La fracción

tetrahidrocanabinol (THC) de la resina es responsable de sus propiedades alucinógenas. (7)(18)(19)

FARMACOCINÉTICA.

Se usa por vía oral (absorción lenta), produciendo el máximo efecto subjetivo en una hora; inhalatoria (porro, la más usada), con su efecto máximo subjetivo a los diez minutos, o intravenosa (excepcional). Se absorbe y distribuye rápidamente, es metabolizado en el hígado a compuestos a un más activos; se elimina por vía renal el cual tiene un ritmo de excreción lenta (se puede detectar metabolitos hasta meses después). (17)(18)

FARMACODINAMIA

Utiliza un sistema endógeno propio, habiéndose identificado y clonado receptores canabinoides, siendo el principal ligando endógeno la anandamida. Actúa como neuromodulador potenciando entre otras la función dopaminérgica. (17)(18)

Al principio produce tolerancia inversa, la misma dosis produce más efecto, pues se empieza a acumular metabolitos activos al autoinducir su metabolismo. Luego tolerancia directa cruzada con el alcohol. No se acepta la existencia de un síndrome de abstinencia siendo raros los pacientes que cumplen criterios de dependencia. (7)(18)(19)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Además de los efectos deseados de euforia y animo, la marihuana puede alterar la memoria reciente, determinar una capacidad escasa para realizar tareas que precisan una atención dividida y causar una pérdida de la capacidad de juicio crítico y una distorsión de la percepción del tiempo. En algunos casos pocos frecuentes aparecen alucinaciones visuales y distorsiones corporales percibidas. La temperatura puede disminuir. A los 20 minutos de fumar marihuana, se constata una taquicardia, que se sigue a la media hora de un episodio transitorio de hipertensión sistólica y diastólica que desaparece a las 3 horas. La marihuana fumada y el THC oral tiene un efecto antiemético, seguido a menudo de una estimulación del apetito, lo que justifica su utilización en pacientes tratados por quimioterapéuticos para cáncer, se ha descrito un síndrome amotivacional en los consumidores crónicos, que consiste en una pérdida de interés por los comportamiento habituales en personas de su edad, aunque la relación causal no esté clara.

Determinadas drogas pueden interaccionar con la marihuana para potenciar la sedación (alcohol, diazepam) o la estimulación (cocaína y anfetaminas). Los consumidores de cannabis a largo plazo tienen trastornos de la memoria y la atención, que persisten más allá del momento de la intoxicación y empeoran al aumentar los anos de uso regular. (7)(18)(19)

2.2.5.6 ALUCINÓGENOS.

Los adolescentes han empleado varias sustancias naturales o sintéticas por sus propiedades alucinógenas. Los alucinógenos más empleados en los institutos o en los colegios son la dietilamida del acido lisérgico (LSD) y la metilenodioximetanfetamina (MDMA) o éxtasis. A estas drogas también son conocidas como psicomiméticos, psicodisléptico o drogas psicodélicas. Hoy en día están muy de moda los alucinógenos naturales (hongos) y algunas sustancias sintéticas con acción sedante y alucinógena como la quetiamina o la fencilidina o PSP. (17)(18)

Ejercen sus efectos a través del sistema serotoninérgico (LSD y alucinógenos naturales) o glutaminérgicos (anestésicos alucinógenos). Producen tolerancia rápida y cruzada entre ellos pero no se ha descrito un síndrome de abstinencia. La dependencia psíquica es rara. (7)(18)(19)

2.2.5.6.1 DIETILAMIDA DEL ACIDO LISÉRGICO (LSD).

Es uno de los constituyentes del cornezuelo del centeno. El LSD es un alucinógeno muy potente que puede causar efectos con dosis de tan sólo 20mg en algunos casos. Su elevada potencia permite administrar dosis eficaces a través de objetos como sellos postales o papel secante.

FARMACOCINÉTICA:

Se absorbe con rapidez por vía digestiva y su acción empieza a los treinta a sesenta minutos, alcanzando el valor máximo en dos a cuatro horas. El individuo vuelve al estado previo al consumo al cabo de 10 a 12 horas.

FARMACODINAMIA:

Se ha planteado que alteran los neurotransmisores mediados por serotonina.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Los efectos del LSD se pueden clasificar en tres tipos: Somáticos (efectos físicos), en la percepción (alteraciones visuales y auditiva) y psíquicos (cambios en el sensorio).

Los síntomas somáticos más frecuentes consiste en mareo, midriasis, nausea, rubefacción, hipertermia y taquicardia. Se han descrito sensaciones de sinestesia o "ver" olores y "escuchar" colores, los síntomas psíquicos mas graves comprenden delirios, distorsión corporal y actitud de sospecha, que llega a la psicosis por tóxicos. (7)(18)(19)

2.2.5.6.2 METILENODIOXIMETANFETAMINA.

El MDMA (éxtasis), como un alucinógeno fenilisopropilamínico, corresponde a un derivado sintético parecido a la mezcalina y se la denomina droga de diseño. Se ha propuesto que esta droga interacciona con estas drogas serotoninérgico del sistema nervioso central. (17)(18)

La prevalencia de vida de consumo de éxtasis a nivel nacional es del 1.3%. Más alta prevalencia está en la Sierra 1.9%, en colegios privados 1.6% y fiscomisionales 1.7%. La edad promedio al primer consumo es de 14.4 años.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Los efectos agudos consisten en euforia, mayor deseo sexual y aumento de la energía psíquica y emocional. Los afectos adversos pueden ser psíquicos y físicos. Aparecen nauseas, rigidez mandibular, bruxismos y visión borrosa como síntomas somáticos, mientras que a nivel psíquico predominan la ansiedad, las crisis de angustia y la psicosis. No existen regímenes terapéuticos específicos recomendados en el caso de toxicidad aguda. (7)(18)(19)

2.2.5.6.3 FENCICLIDINA.

La PCP (Esternil, polvo de ángel, píldora de la paz), es una arilciclohexalamina cuya popularidad depende en parte, de la facilidad para la síntesis en laboratorios caseros.

Se piensa que esta droga potencia los efectos adrenérgicos al inhibir la recaptación neuronal de catecolaminas. La PCP está disponible en forma líquida, en comprimidos, o en polvo, que se puede usar solo o mezclado con cigarrillo.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Estas dependen de la dosis. Se observa euforia, nistagmos, ataxia, labilidad emocional, a los dos a tres minutos de fumar de 1-5mg de PCP y este efecto dura varias horas. Las alucinaciones pueden corresponder a distorsiones anómalas a las imágenes corporales, que suelen precipitar una reacción de pánico.

TRATAMIENTO.

Consiste en traslado a una habitación oscura, tranquila y acolchada para protegerla de posibles lesiones. En caso de ingestión oral reciente resulta útil el lavado gástrico o la inducción del vómito. La administración de una dosis de 5 – 10mg de diazepam oral o 2 -5mg intravenosos puede ser útil cuando el paciente está agitado y no comatoso. (7)(18)(19)

2.2.5.7 <u>SUSTANCIAS VOLÁTILES</u>.

La inhalación de distintas sustancias euforizantes ha tenido gran popularidad entre los adolescentes entre siglos. Los adolescentes jóvenes se sienten atraídos por estas sustancias debido a su rápido efecto, fácil disponibilidad y bajo costo. Los inhalantes

más populares en la población adolescente son el pegamento, la gasolina y los nitritos volátiles. Los métodos que suelen emplear para su consumo comprenden la aspiración, la inhalación directa y la inhalación profunda dentro de una bolsa. (7)(18)(19)

La prevalencia de vida de consumo de inhalantes a nivel nacional es del 5.7%. Niveles más altos se encuentran en la Sierra 6.8% y Amazonia 8.9%, estudiantes de colegios fiscomisionales 8.7%. La edad promedio del primer consumo es de 12.5. (2)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Los principales efectos de los inhalantes son psicoactivos. El tolueno, principal ingrediente de la cola empleada en los aviones y algunos adhesivos de goma, produce relajación y alucinaciones placenteras durante dos horas. La gasolina es una sustancia popular entre los adolescentes del ámbito rural. La euforia se sigue de una excitación violenta y se puede llegar al coma en caso de una inhalación rápida o prolongada. Los nitritos volátiles, que se comercializan como ambientadores, se usan como euforizantes, potenciadores de la apreciación musical y afrodisiacos entre los adolecentes mayores y adultos jóvenes. Físicamente estas sustancias pueden ocasionar cefalea, síncope y mareo, hipotensión profunda y enrojecimiento cutáneo, seguido de vasoconstricción y taquicardia.

COMPLICACIONES

El pegamento para aviones se ha relacionado con numerosas complicaciones que dependen de la toxicidad química, el método de administración o el entorno peligroso en el que tiene lugar la inhalación. En la fase aguda se puede producir la muerte por edema pulmonar o cerebral o afectación del miocardio. El uso crónico puede causar hipertensión pulmonar, neumopatía restrictiva, neuropatía periférica, rabdomiolisis aguda, hematuria y posiblemente atrofia cerebral y cerebelosa.

TRATAMIENTO.

Suele ser de soporte y trata de controlar las arritmias y estabilizar la respiración y la circulación. (7)(18)(19).

2.2.5.8 <u>TABACO</u>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo se inicia en los primeros años de la adolescencia. De los 1.100 millones de fumadores que hay en el mundo hoy en día, el 90% inició el hábito antes de los 19 años. En América Latina, 3 de cada 4 fumadores iniciaron el hábito entre los 14 y los 17 años de edad y la mayoría de ellos vivía en zonas urbanas. En Honduras, República Dominicana, Paraguay y Uruguay, por lo menos 80% de los fumadores actuales iniciaron el hábito antes de los 18 años. (24)

La prevalencia de vida del consumo de cigarrillos por parte de los estudiantes ecuatorianos es del 46%. La edad promedio al primer consumo en la encuesta actual es de 12.9 años en comparación con 13.1 y 14.4 años de las encuestas anteriores. La prevalencia de vida es más alta en estudiantes que viven en la sierra 58% y Amazonía 56%, en estudiantes de colegios privados 505 y fiscomisionales 54%. (2)

FARMACOLOGÍA

Los estudios en animales y personas confirman el potencial adictivo de la nicotina, el ingrediente activo fundamental de los cigarrillos. Produce un síndrome de dependencia y abstinencia.

FARMACOCINÉTICA:

La nicotina se absorbe en distintas localizaciones del organismo, incluidos el pulmón, la piel, el tubo digestivo y las mucosas nasal y oral. El contenido medio de nicotina en un cigarrillo es de 10 miligramos y la cantidad media ingerida con cada uno oscila entre 1 y 3 miligramos. La nicotina presente en el humo de tabaco, tiene una semivida de 10 a 20 minutos, con una semivida de eliminación de 2 a 3 horas.

FARMACODINAMIA

Su efecto sobre el cerebro tiene lugar en menos de 20segundos. La acción de la nicotina, está mediana por los receptores nicotínicos de la Acetilcolina, que se encuentran en zonas pre y postsinápticas colinérgicas del encéfalo La cotinina, es el principal metabolito de la nicotina a través de una oxidación. Su semivida biológica es de 19 – 24 horas y se puede detectar en orina, suero y saliva

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El tabaco puede originar efectos perniciosos para la salud durante la adolescencia; entre ellos destaca una mayor prevalencia de tos crónica, producción de flemas y sibilancias, incrementa la morbimortalidad perinatal. Las mujeres que fuman y toman anticonceptivos orales que contienen estrógenos, presentan un mayor riesgo de infarto de miocardio. El humo del tabaco induce el retículo endoplásmico liso hepático y, en consecuencia influye en el metabolismo de los fármacos, y las hormonas producidas en el organismo.

TRATAMIENTO:

Los adolescentes pueden conseguir abandonar el tabaco, mediante el tratamiento sustitutivo con nicotina en los adictos de motivación para interrumpirlo y que no usan tabaco de mascar. El método de parches de nicotina, que se venden con o sin

receta, es el más eficaz en este grupo de edad, aunque también se pueden emplear chicles y aerosoles. Se puede plantear la administración de fármacos, como bupropión, clonidina, y nortriptilina, cuando el tratamiento con nicotina resulta ineficaz o inadecuado. Se han elaborado normas de práctica clínica para el asesoramiento en el contexto ambulatorio. El control de la salud y el apoyo terapéutico son componentes necesarios del tratamiento destinado abandonar en los adolescentes.

2.3 FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS.

En este ámbito del consumo de drogas, como en otros de la Sanidad Pública, se ha venido a considerar que la prevención es una faceta de intervención prioritaria y deseable, con una mejor relación coste / beneficio que el tratamiento o la rehabilitación. Sin embargo, una premisa esencial para que esta consideración pueda ser tomada en cuenta seriamente es que la prevención se base en sólidos fundamentos y se encuentre respaldada por la investigación científica. (1)(2)(4)(25)

Estudios realizados durante las dos últimas décadas han intentado determinar el origen y la trayectoria del uso de drogas (cuándo empieza este problema y cómo progresa). Así, se han identificado varios tipos de factores que diferencian a los que usan drogas de los que no las usan. (2)(4)

Se entiende por factores de riesgo aquellas circunstancias o características

personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas. (1)

El estudio de los factores de riego para el consumo de drogas resulta de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención eficaces basados en la modificación o potenciación respectivamente de tales factores.

Los factores de riesgo se han organizado y clasificado atendiendo a diferentes criterios. La clasificación más tradicional divide los factores de riesgo en dos categorías básicas: individuales y contextuales. (1)(2)(4)

Los factores individuales se refieren a las características de los individuos que determinan una mayor susceptibilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de drogas. Dentro de los factores sociales o contextuales, se diferencia el nivel macro-social y el micro-social. El primer nivel agrupa los factores de riesgo externos del individuo que operan a una escala extensa y alejada del consumo. Se trata de factores de carácter estructural, social, económico y cultural. (1)(2)(4)

El nivel micro-social se refiere a los contextos ambientales más inmediatos en los que el sujeto se desenvuelve y participa directamente, sobre todo, la escuela, el grupo de iguales y la familia. Al mismo tiempo, se habla de otros dos tipos de factores: factores específicos del consumo de drogas y factores generales de un número amplio de conductas problemáticas en la adolescencia. Los factores no específicos incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la

adolescencia. (1)(2)(4)(25)

Es por eso que en nuestro trabajo investigativo, decidimos utilizar la herramienta DUSI, el cual sintetizara los siguientes factores considerándolos como los más relevantes, entre estos son:

1. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO
2. AUTOAFIRMACION SOCIAL
3. DISFUNCIONALIDADES FAMILIARES
4. RENDIMIENTO ESCOLAR
5. PRESION GRUPOS DE AMIGOS
6. USO TIEMPO LIBRE
7. SEVERIDAD USO DROGAS.

2.3.1 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Los trastornos de la conducta y del comportamiento se han convertido en una de las situaciones más preocupantes para padres y profesores que ven cómo sus hijos y alumnos presentan cuadros conductuales que necesitan apoyo médico y psicopedagógico. Si hubiese que dar una definición clara y sencilla sobre estos trastornos recurriríamos a aquella que los define como “los problemas que tienen nuestros hijos cuando tienen dificultades para cumplir las normas que la mayoría de los niños aceptan”. (26)(27)

CLASIFICACIÓN

Según la clasificación de trastornos mentales ofrecida por CIE 10, siguiendo los criterios de la OMS, encontramos:(27)

- Trastornos disociales
- Trastornos disociales y de las emociones mixtas

2.3.1.1 TRASTORNOS DISOCIALES

Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por si mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento. (27)(28)(29)

Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar, y se presenta con más frecuencia en chicos. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos de las emociones es bien definida, mientras que

su diferenciación del trastorno hipercinético es menos clara y es frecuente un solapamiento entre ambos. (28)(29)

Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes. Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son. Entre los trastornos disociales encontramos: (26) (28) (29)

- Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
- Trastorno disocial en niños no socializados.
- Trastorno disocial en niños socializados.
- Trastorno disocial desafiante y oposicionista.
- Otros trastornos disociales.
- Trastorno disocial sin especificación.

2.3.1.2TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES MIXTOS

Se refiere a un grupo de trastornos que se caracteriza por la combinación persistente de un comportamiento agresivo, disocial o retador, con manifestaciones claras y marcadas de depresión, ansiedad u otras alteraciones emocionales. (30)(31)

La gravedad del trastorno debe ser suficiente como para que se satisfagan las pautas de trastorno disocial de la infancia y del trastorno de las emociones de comienzo especifico en la infancia, de un trastorno neurótico del adulto o de trastorno del humor (afectivo). (30)(31) Dentro de los trastornos podemos mencionar los siguientes (26) (30) (31)

2.3.1.2.1 <u>TRASTORNO SOCIAL DEPRESIVO</u>

Combinación de rasgos de trastorno disocial de la infancia y de depresión persistente y marcada del estado de ánimo, puesta de manifiesto por síntomas tales como sentimientos excesivos de infelicidad, pérdida de interés y placer por las actividades habituales, reproches hacia sí mismo, desesperanza. También pueden estar presentes trastornos del sueño o del apetito. Incluye: Trastorno disocial asociado a un trastorno depresivo. (26)(30)(31)

2.3.1.2.2 OTROS TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES MIXTOS

Combinación de trastorno disocial de la infancia con síntomas emocionales persistentes y marcados, tales como ansiedad, temores, obsesiones o compulsiones, despersonalización o desrealización, fobias o hipocondría. La cólera y el resentimiento son más bien rasgos de un trastorno disocial que de un trastorno de las emociones, pero en si ni contradicen ni apoyan el diagnóstico. (26)(30)(32) Incluye:

- Trastorno disocial asociado a un trastorno de las emociones.

- Trastorno disocial asociado a un trastorno neurótico.

2.3.2 AUTOAFIRMACION PERSONAL Y SOCIAL

Autoafirmarse es la seguridad en sí mismo, *La autoafirmación* es característica de la conducta que se singulariza por un comportamiento social positivo, que apunta a defender un derecho a alcanzar una meta. (33)(34)(35)

El crecimiento y la autoafirmación personal son objetivos del conjunto de la experiencia formativa que la Educación Media debe ofrecer a sus estudiantes: esto es, estimular los rasgos y cualidades que conformen y afirmen su identidad personal, el sentido de pertenecer y participar en grupos de diversa índole y su disposición al servicio a otros en la comunidad; favorecer el autoconocimiento, el desarrollo de la propia afectividad y el equilibrio emocional; profundizar en el sentido y valor del amor y de la amistad; desarrollar y reforzar la capacidad de formular proyectos de vida familiares, sociales, laborales, educacionales, que les ayuden a valerse por sí mismos y a estimular su interés por una educación permanente. (33)(34)(35)

Entre los rasgos y cualidades que la Educación Media debe profundizar en el ámbito del crecimiento y la formación personal destacan, entre otros: (33) (34)

- Desarrollo de hábitos de higiene personal y social; desarrollo físico personal en un contexto de respeto y valoración de la vida y el cuerpo humano; cumplimiento de normas de prevención de riesgos.
- Conocimiento de sí mismo, de las potencialidades y limitaciones de cada uno.
- Reconocimiento de la finitud humana y conocimiento y reflexión sobre su dimensión religiosa.
- Autoestima, confianza en sí mismo y sentido positivo ante la vida; Interés y capacidad de conocer la realidad, de utilizar el conocimiento y seleccionar información relevante.

2.3.3 DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

Hasta la década de los noventa, el término "familia disfuncional" se empleó para referirse a núcleos sociales con notables problemas de violencia y falta de comunicación; sin embargo, en los últimos años ese concepto ha cambiado radicalmente, al grado de que se afirman que toda familia tiene cierto grado de disfuncionalidad, que a largo plazo deteriora las capacidades e interacción social de sus integrantes. (36)(37)(38)

Una familia disfuncional con el tiempo genera personas disfuncionales, quienes van a trabajar, acuden a la escuela y se relacionan como pueden con los demás. Los efectos negativos no sólo se observan en los hijos, sean niños o

adolescentes, sino también en los padres, con múltiples repercusiones sociales y laborales que van más allá de la violencia y las adicciones. (37)

A partir de esa idea se han explicado muchos fenómenos sociales: alcoholismo, drogadicción, violencia, agresividad o delincuencia, de modo que un juicio superficial podría señalar a este tipo de familias como el origen y única responsable de los males comunitarios, pero no es así. (36)(37)(38)

Es importante comprender que en el hogar encontramos un grupo primario; es decir, aquel en el que el individuo adquiere un nombre, aprende a amar y ser amado, comprende significados, descubre quién es con base en sus características físicas y psicológicas, asume roles de conducta, crea hábitos, se comunica y establece patrones para sus relaciones afectivas; pero también que la familia es un sistema que sirve como intermediario entre la sociedad y el individuo (mesosistema). (38)

En este sentido, debemos poner atención en el momento en que las cualidades de este grupo afectan el crecimiento de sus integrantes, pues aunque los más vulnerables tienden a ser los hijos, porque están en formación, cuando vamos al fondo es común descubrir que una familia disfuncional afecta a todos y también puede ser una fuente de frustración para los padres. (36)(37)(38)

Los adultos necesitan llevar a cabo su proyecto de vida, tener niveles de aspiración, porque de no ser así la familia puede convertirse en una fuente de

obstáculos. En esto debemos poner mucha atención, cuando las necesidades ya no se están cubriendo al cien por ciento, porque todos son perjudicados, no sólo los niños. (36)

La mejor comprensión de la psicología humana, así como de las relaciones interpersonales y las que se crean en el interior del hogar, nos han llevado a entender que la salud psicológica se basa en dos ejes fundamentales: la realización personal y la satisfacción afectiva. Comprender ambos aspectos es, en buena medida, la clave para saber qué sucede hacia el interior de una familia disfuncional. (37)

En cuanto a la realización, consiste en que alguien haga lo que quiere y no realice lo que no se desea, de modo que vaya adquiriendo una sensación gradual de potencia, de placer. Esto se ha deteriorado a nivel social, pues cada vez se vuelve más general la percepción de que uno mismo no es quien determina lo que pasa, y la responsabilidad se deposita en otras personas. A medida en que se pierde la sensación de potencia se incrementan la frustración, irritabilidad, desesperación y conflicto. (36)(37)(38)

Si observamos con atención, vamos a descubrir que las familias disfuncionales son aquellas que no están permitiendo la realización de sus individuos, y no les dan las condiciones para que alcancen esa impresión de que pueden tener aspiraciones y cumplir sus objetivos. (36)(37)(38)

El otro eje de la salud, la satisfacción afectiva, va de la mano con las relaciones que se establecen en sociedad. En la medida en que una persona se sienta a gusto con sus vínculos, puede alimentar una autoestima positiva y tener seguridad, sin olvidar que a través de esto se afianzan elementos de comunicación, formas de expresión o creación, así como la capacidad de compartir. (36)(37)(38)

Cuando las relaciones se complican, es evidente que se pierde el grado de satisfacción por la vida, y esto hace que lo que no se obtiene de forma cotidiana en la cantidad necesaria, se trate de conseguir compulsivamente. Es entonces cuando se dan situaciones como, la adicción a drogas o alcohol, comer en exceso o adoptar una ciberpatología, como le pasa al niño que se queda pegado a los videojuegos o el joven que no deja el celular o la computadora, ya que a través de internet y de las salas de plática (chat) encuentra a la gente que por su inhabilidad no podría conocer. (37)

Una familia disfuncional, a largo plazo, generará personas disfuncionales; sin embargo, el individuo va a trabajar, acude a la escuela y se relaciona como puede. La manera en que se vincula es donde debemos poner atención, en esas conductas que se generan y que pudieran ser paliativos o válvulas de escape por falta de realización y de satisfacción afectiva, y que les ayudan a recuperar, aunque con deficiencias, el equilibrio psicológico". (37)

2.3.4 RENDIMIENTO ESCOLAR

Diversos autores coinciden en que un adecuado y exitoso desempeño escolar constituye un factor determinante para el desarrollo del sujeto en otros campos de su vida de relación. (39)(40)

La existencia de un clima social de aceptación y apoyo en la escuela, la participación activa de los alumnos en el aprendizaje y en la construcción de significados, así como la motivación intrínseca por el estudio, favorecen la identificación de los alumnos con la comunidad escolar, la satisfacción de sus necesidades de pertenencia, autonomía y competencia, un mejor desempeño y la disminución de trastornos de conducta y del consumo de sustancias. (38)(40)

Un estudio realizado por el CIJ (Centro de Integración Juvenil) indica que los estudiantes de educación media básica que presentaban una baja adherencia escolar y alteraciones en el desempeño académico tenían un riesgo 1.2 veces mayor de haber usado drogas ilegales en los últimos 30 días que aquéllos que presentaban una mayor adherencia escolar (38) (40)

Un pobre desempeño escolar constituye un predictor de la frecuencia e intensidad del uso de drogas ilegales. El fracaso escolar constituye un predictor tanto del uso de drogas, en general, como de su abuso en edades tempranas. (38)(40)(41)

Medina Mora demostró que el tener amigos que usen drogas en la escuela o que asistan intoxicados tiene una relación significativa con el uso continuo de drogas y con la ingesta de más de una sustancia (39) (40)

En conclusión podemos decir que el bajo apego escolar constituye un factor de riesgo y que, al contrario, una alta adherencia puede actuar como factor protector en el consumo de drogas. (38)(39)(40)(41)

2.3.5 PRESIÓN DE GRUPO DE AMIGOS

La conducta de los seres humanos está fuertemente condicionada por influencias sociales. Una de las fuentes de influencia social más importantes durante la adolescencia es la presión (real o percibida) del grupo de amigos o compañeros. (42)(43). El grupo de iguales supone un importante apoyo en ese proceso de búsqueda de identidad por parte de los y las adolescentes. (44)

El grupo puede suponer un riesgo en la medida en que una tendencia grupal excesiva o un deseo violento de ruptura con la etapa infantil o los modelos de autoridad empujen a ello. Así, el grupo puede inhibir la responsabilidad individual, favorecer la excesiva dependencia y conformismo, inhibir la toma de decisiones libre y personal o facilitar conductas inadecuadas, entre las que se incluye el consumo de alcohol u otras drogas y otras conductas problema. (42)(44)

La presión de los amigos y compañeros puede ser una influencia poderosa difícil de superar. Todas las personas, especialmente los adolescentes, tienen una fuerte necesidad de formar parte de un grupo y de sentirse queridos y aceptados por sus iguales. (42)

Tener amigos se considera un importante logro social. Es un indicador de la existencia de habilidades sociales y de buena adaptación. (44)

Se ha considerado que las presiones del grupo que desvía a un adolescente de una conducta positiva a otra negativa. En general, el grupo lo que hace es proveer a los adolescentes necesidades y deseos similares, y es más probable que provoque protección contra un estrés que conduzca a un abuso de drogas. (45)

Tener amigos consumidores de drogas, es el predictor más fuerte de consumo de drogas en el adolescente junto a con la percepción sobrestimada del consumo de otros compañeros. (45)(44)

2.3.6 USO DEL TIEMPO LIBRE

El Tiempo Libre es un período cronológico situado después de las obligaciones laborales, escolares, sociales y familiares, en el que pueden desarrollarse actividades de ocio positivas y saludables para las personas. Lamentablemente, la sociedad de consumo actual ha traído consigo la aparición de una serie de disfunciones y

problemáticas que no han permitido que el tiempo libre sea siempre considerado como un espacio educativo completamente idóneo. (46)(47)

En un estudio (49) entre jóvenes de 14 a 18 años se distinguen cinco modelos básicos en las actividades de tiempo libre y ocio: “música-lectura-amigos”, “cultura-asociacionismo”, “la red”, “videojuegos-deporte” y “bares-conciertos”.

Por otro lado en el estudio de Comas (50) entre jóvenes de 15 a 24 años, se estudia de forma muy pormenorizada la distribución del tiempo de los jóvenes en días laborables y de fin de semana, y en él el dedicado a las actividades de ocio, entre las que destacan el ver televisión, charlar, tomar copas, pasear y comprar por la ciudad, escuchar música, el ordenador y los videojuegos, la práctica de deporte, bailar en discotecas en días de fin de semana; y ya de un modo más minoritario el teatro y el cine, las actividades en la naturaleza, leer libros y otras actividades culturales.

La asociación entre consumos de drogas y tiempo libre es casi una obviedad, especialmente cuando se trata de los consumos juveniles. Muchos de los estudios realizados en los últimos años señalan como, en este grupo de población, la relación con las distintas sustancias se produce fundamentalmente, casi exclusivamente, en contextos vinculados al ocio. (46)(48)(51)

Se considera que el tiempo libre, puede tener dos influencias como factor asociado al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo al uso que se dé a este.

Como factor protector, cuando se efectúan actividades que alejan al individuo de la ansiedad de consumir o la predisposición de caer en esta dinámica. (46)

Por otra parte, el tiempo libre como factor de riesgo no implica que sea éste el causante del consumo de sustancias psicoactivas, sino que de ser mal utilizado a través de actividades que propicien un entorno para dicho consumo, puede considerarse como un factor que pone en riesgo la salud. (46)(47)(48)(5)

De esta manera se puede considerar que el tiempo libre puede favorecer o generar situaciones negativas, como consecuencia de su uso adecuado o inadecuado, respectivamente. (46)(47)(48)

2.3.7 SEVERIDAD DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

Para hablar del abuso de sustancias la American Psychiatric Association (APA) denomina a la dependencia de sustancias y mas no de una adicción, tomando en cuenta el síndrome global del comportamiento. (17)

La APA define la dependencia de sustancias toxicas como un conjunto de síntomas que indican que el individuo sigue consumiendo la sustancia a pesar de problemas importantes relacionados con su consumo. La lista de alteraciones incluye la aparición de síntomas de tolerancia y abstinencia, pero ni una ni otra son necesarias ni suficientes para establecer un diagnostico de dependencia. Para clasificar una situación como dependencia se necesita la presencia de tres o más de

los síntomas, en tanto que se hace el diagnostico del abuso cuando están presentes uno o dos síntomas. (17)(26)

Muchas variables influyen simultáneamente en la probabilidad de que un individuo llegue a abusar de drogas o se haga adicto a ellas. Estas variables se pueden organizar en tres categorías: Agente, Huésped, Ambiente.

Es así que según la APA utilizaremos el siguiente sistema para definir si existe una dependencia o un abuso de sustancias.

CRITERIOS PARA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (DSM IV)

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas) SEP (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de

saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

CRITERIOS PARA ABUSO DE SUSTANCIAS

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los

efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 JUSTIFICACIÓN

El consumo de sustancias ya sean legales o ilegales, hoy en día constituye un problema para la salud pública, ya que estas son causantes de problemas serios tanto para nuestra salud física, mental, así como para nuestro correcto desenvolvimiento social.

La toxicomanía genera problemas sociales graves, generalizados y costosos. Independientemente de que el abuso de sustancias sea un pecado, un delito, una mala costumbre o una enfermedad, la sociedad tiene derecho a esperar que una política pública o un planteamiento eficaz para abordar el "problema del abuso de drogas" sirva para disminuir la delincuencia, el desempleo, la disfunción de las familias y el uso desproporcionado de servicios de atención médica causados por las drogas.

Los ensayos clínicos controlados y los estudios de campo (65) a gran escala han demostrado mejorías significativas a nivel estadístico y clínico en lo que respecta al consumo de drogas y a los problemas sanitarios y sociales conexos de las

personas tratadas. Además, esa mejoría se traduce en reducciones sustanciales de los problemas sociales y de los costos para la sociedad.

En un estudio realizado en Estados Unidos acerca de la admisión a hospitales de atención aguda para los adolescentes debido al uso indebido de sustancias, reporta que el 1.25% de la población estudiada es ingresada a un centro hospitalario por reporte de abuso de sustancias de las cuales la mayoría eran toxicomanía (38%), con una permanencia hospitalaria de 8 a 9 días, y un gasto por estancia de 7800 dólares por cada adolescente ingresada (66). Ahora bien en Ecuador no existe datos sobre hospitalizaciones en adolescentes, pero hay un estudio realizado por la OMS en el año 2006 en el que reporta que la atención en consulta externa y hospitalización por trastornos mentales y de conducta debidos a uso de sustancias psicoactivas es del 17% al 16% en la población general respectivamente (67). Como también diversos estudios indican que mientras más temprana es la edad de inicio del consumo de sustancias, mayor será el riesgo de sufrir una drogodependencia en la vida adulta. (1)(68)

3.2 PROBLEMA DE INVESTIGACION Y OBJETIVOS:

PROBLEMA

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados al consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media entre 13 y 18 años de la ciudad de Ibarra en el periodo escolar 2011-2012?

OBJETIVOS

General

- Identificar los factores psicosociales que determinan el consumo de sustancias en estudiantes de enseñanza media entre 13 y 18 años de la ciudad de Ibarra en el periodo escolar 2011-2012

Específicos

- Determinar que droga es la más consumida en estudiantes de enseñanza media entre 13 y 18 años de la ciudad de Ibarra en el periodo escolar 2011-2012

- Determinar si el consumo de sustancias es mayor a nivel privado que publico en estudiantes de enseñanza media entre 13 y 18 años de la ciudad de Ibarra en el periodo escolar 2011-2012

- Identificar si los trastornos del comportamiento se relaciona con el consumo de sustancias en adolescentes

- Establecer si la autoafirmación social es un factor protector o de riesgo para el consumo de sustancias en adolescentes de 13 a 18 años

- Determinar si el uso de tiempo libre es un factor de riesgo o factor protector contra el consumo de sustancias en estudiantes de enseñanza media entre 13 y 18 años de la ciudad de Ibarra

- Comprobar si la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para el consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media entre 13 y 18 años

- Determinar si la presión de amigos es un factor de riesgo o protector para el consumo de sustancias en estudiantes de enseñanza media entre 13 y 18 años de la ciudad de Ibarra.

3.3 ***OPERACIONALIZACION DE VARIABLES***

Variable especifica	**Categoría/Escala**	**Indicador**	**Definición de variable**
Consumo de Drogas • Alcohol	• No Consume • Experimental • Ocasional	Proporción/ porcentaje	Consumo y severidad del consumo de cada

• Tabaco • Estimulantes • Tranquilizantes • Inhalantes • Marihuana • Cocaína • Heroína • Crack • Anfetaminas	• Habitual • Compulsivo		sustancia en el último año por cada participante
Factores asociados al consumo de sustancias: • Trastornos de la comportamiento • Autoafirmación social • Disfuncionalidades familiares • Presión de grupos de amigos • Uso de tiempo libre	Índice de severidad • Baja • Moderado • Alta • Muy alta	Proporción / porcentaje	Factores psicosociales que investiga el DUSI, que están asociados en el consumo de sustancia y su índice de severidad.

• Severidad de uso de drogas			
Género	Hombre Mujer	Proporción / porcentaje	Identidad sexual de cada participante
Edad	Años	Promedio Mediana Modo	Años de vida cumplidos por el o la participante
Tipo de Educación	• Privada • Publica • Fiscomisional	Proporción / porcentaje	Institución pública, privada o fiscomisional

3.4 CALCULO DE LA MUESTRA

Para el presente estudio, se utilizará una muestra representativa, con un muestreo probabilístico aleatorio simple.

Según el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), toma en cuenta un cierto número de criterios para el cálculo de la muestra en estudios sobre consumo de sustancias, donde el universo lo constituyen

los estudiantes de 13, 15 y 17 años de edad, que en nuestro caso corresponderían al noveno de enseñanza básica, primero y tercero de bachillerato.

La elección de los cursos noveno de educación básica, primero y tercero de bachillerato, posibilitaría el estudio del comportamiento de la proporción de consumidores (prevalencia del consumo de drogas) en sub-poblaciones con edades correspondientes a estos cursos.

Para el cálculo de error de precisión de una proporción, se utilizará la siguiente fórmula:

$$e = z \times \sqrt{\frac{p\,(1-p)}{n}}$$

Donde:

- z es el nivel de confianza 1.96
- p es la proporción o frecuencia relativa de una categoría medida en una muestra, el cual sería la proporción de consumidores que se supone existe en la población. Este valor seria de 0,10
- (1-p) es la proporción de la población sin la categoría
- n es el número de observaciones o tamaño de la muestra, que en nuestro caso sería de 752 estudiantes que están matriculados en noveno de enseñanza básica, primero y tercero de bachillerato en los colegios Unidad Particular

Pensionado Atahualpa, Colegio Víctor Manuel Peñaherrera, y Colegio Fiscomisional San Francisco

$$e = 1.96 \times \sqrt{\frac{0{,}10\ (1 - 0.10)}{752}}$$

$$e = 0.021$$

Cálculo de la muestra en un estudio descriptivo:

$$n = z^2\ \frac{p\ \ 1 - p}{e^2}$$

$$n = 1.96^2\ \frac{0.10\ \ 1 - 0.10}{0.021^2}$$

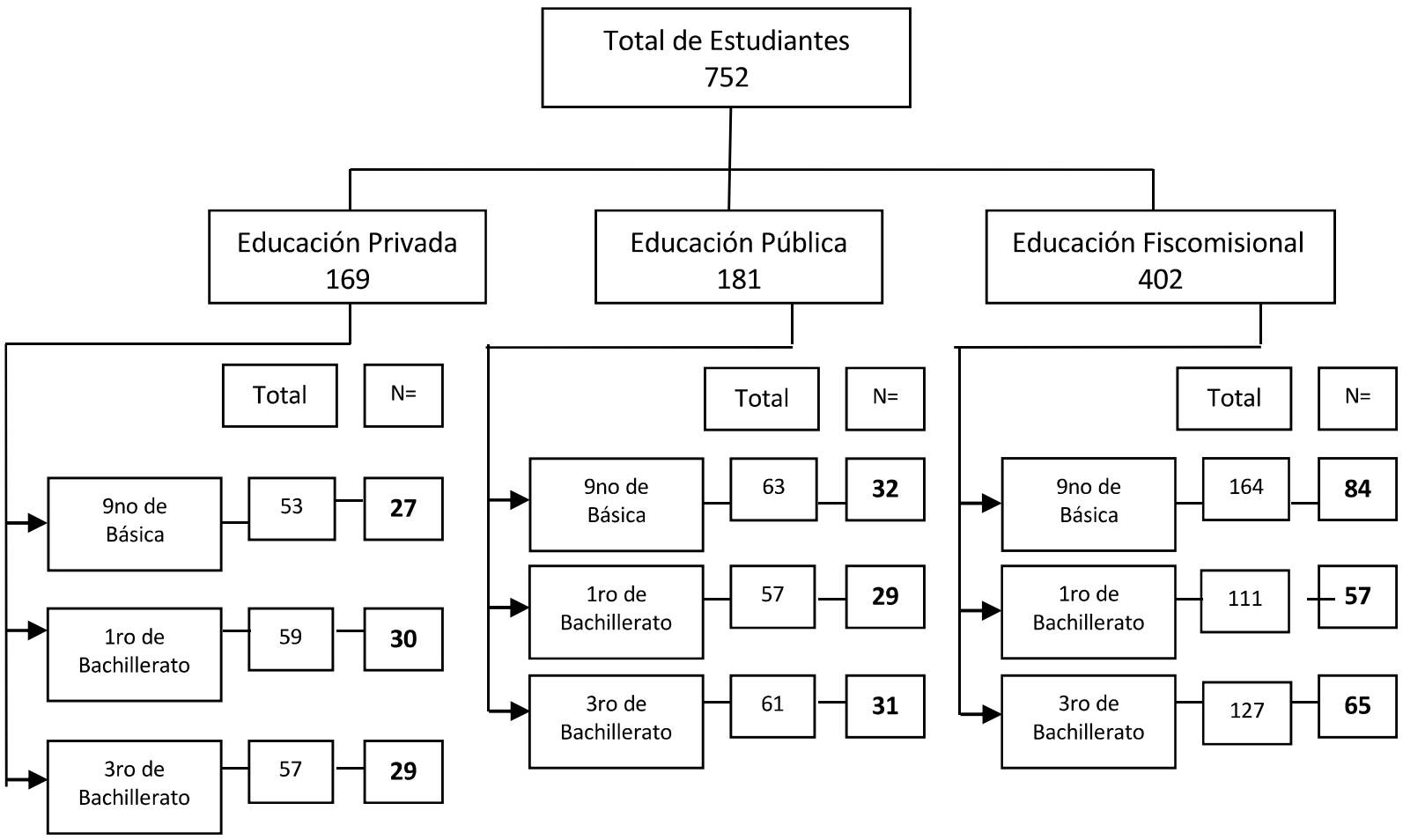
$$= 784$$

Como el tamaño de la muestra excede a nuestro universo utilizaremos n prima:

$$n^{'} = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} \qquad n^{'} = \frac{784}{1 + \frac{784}{752}} n^{'} = 384$$

Por lo tanto, el tamaño de la muestra para este estudio para que sea una muestra representativa seria de 384 estudiantes que están cursando noveno de enseñanza básica, primero y tercero de bachillerato en las tres instituciones.

Para escoger a los 384 estudiantes que participaran en nuestro estudio se realizará un muestreo aleatorio simple. Como nuestra muestra es de 384 estudiantes, eso quiere decir que necesitamos el 51.06% del universo, por lo tanto se realiza una regla de tres para sacar el porcentaje de estudiantes que necesitamos de noveno, primero y decimo de cada colegio, quedando de la distribución de la siguiente manera.



3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes de Enseñanza Media que estén matriculados y asistan a clases en el periodo escolar 2011 – 2012

- Estudiantes de Enseñanza Media entre 13 y 18 años de edad
- Estudiantes que estén cursando noveno de educación básica, primero y tercero de bachillerato.

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Instituciones de educación media que estén participando en programas de prevención de drogas en los últimos tres años

- Extranjeros estudiantes de Educación Media matriculados en el periodo escolar 2011 – 2012

- Estudiantes que no completen adecuadamente el cuestionario entregado

3.7 TIPO DE ESTUDIO

El estudio a realizarse es tipo descriptivo, en adolescentes escolarizados de entre 13 a 18 anos, del Cantón Ibarra, provincia de Imbabura, año lectivo 2011-2012 en el mes de abril.

3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de información se utilizara el Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas DUSI-R (Drug Use Screnning Inventory). Modificada para la población hispana, versión uruguaya. (Anexo 1), elaborado por el Dr. R. Tarter de la Universidad de Pittsburg, y validada por Ariel Gustavo Forselledo IIN/OEA y colaboradores versión uruguaya (37)

Este test, ha sido estudiado y validado en varios países, siendo valioso para identificar y cuantificar la severidad del uso indebido de drogas en conjunción y comparación con desórdenes en áreas como familia, trabajo, escuela y ajuste psicosocial (37)

El instrumento se compone de dos secciones (14). La primera mide el grado de severidad de trastornos identificados, *en los últimos 12 meses*, en las siguientes áreas:

1. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO
2. AUTOAFIRMACION SOCIAL
3. DISFUNCIONALIDADES FAMILIARES
4. RENDIMIENTO ESCOLAR

5. PRESION GRUPOS DE AMIGOS
6. USO TIEMPO LIBRE
7. SEVERIDAD USO DROGAS.

• ***Trastornos del comportamiento***: Indaga la existencia de trastornos del comportamiento (aislamiento, agresividad, impulsividad, *acting-out*, entre otros.), considerando patrones de conducta más o menos permanentes, distintos a las respuestas a situaciones específicas. Está basada fundamentalmente en la escala *Child Behavior Checklist*. (14)(37)

• ***Autoafirmación social***: Evalúa habilidades y recursos para la interacción social (timidez, baja asertividad, desconfianza y poca seguridad en sí mismo). Está basada en el *Constructive Thinking Inventory*. (14) (37)

• ***Disfuncionalidades familiares****:* Proporciona información sobre disfuncionalidad familiar, así como sobre supervisión y calidad del cuidado parental, incluyendo aspectos como conflicto familiar y antecedentes de consumo de drogas y problemas legales. Está parcialmente basada en la *Family Assessment General Scale* que evalúa el nivel de funcionalidad de la familia desde una perspectiva sistémica, comprendiendo aspectos como desarrollo de "roles", comunicación, expresión de afectos, control, valores y normas. (14) (37)

• ***Rendimiento escolar***: Basada en el *California Achievement Test*, el *Iowa Test of Educational Development* y el *Metropolitan Achievment Test*, esta escala explora el rendimiento escolar, la regularidad de la asistencia y la conducta en la escuela, así como la actitud e interés por el estudio. (14) (37)

• ***Presión grupo de amigos****:* Investiga el aislamiento social y la pertenencia a redes sociales "disfuncionales", cuyos miembros se caracterizan por la adopción de actitudes y conductas antisociales, problemas con las figuras de autoridad y por su participación en la venta o consumo de drogas. De este modo, evalúa la tendencia del adolescente a involucrarse en situaciones de alto riesgo. Se basa en el *Adolescent Problem Situation Inventory*, el cual a su vez está basado en el *Problem Situation Inventory for Young Adults*. (14) (37)

• ***Uso del tiempo libre****:* Indaga la manera en que se usa el tiempo libre —tipo de actividades, con quién se comparten, tutoría de personas adultas, consumo de drogas con fines recreativos, entre otros. (14) (37)

• ***Severidad del Uso de drogas****:* Investiga síntomas de dependencia y tolerancia y trastornos ocasionados por el consumo de sustancias (incluyendo la ingesta de bebidas alcohólicas), permitiendo evaluar la intensidad del problema. Considera los criterios del DSM-IV de dependencia a drogas y está basada en la *Chemical Dependency Assesment Scale*. (14) (37)

La segunda parte indaga, entre otros aspectos, la prevalencia total y anual del consumo de drogas (tabaco, alcohol [sin autorización de los padres], marihuana, cocaína, solventes inhalables, tranquilizantes menores [fuera de prescripción], anfetaminas u otros estimulantes [fuera de prescripción], alucinógenos, heroína u otros opiáceos, y otras sustancias) (14) (37)

El instrumento a ser utilizado está constituido por 116 preguntas que fueron adecuados para ajustarse al vocabulario del adolescente ecuatoriano, además se incluyeron características socio demográficas que incluyen sexo, edad y colegio

Con respecto a la valoración de los trastornos de ajuste identificados, el DUSI se califica de acuerdo con la proporción de respuestas positivas registradas (las cuales indican la presencia de alteraciones). El índice obtenido representa la severidad del problema. El *índice de severidad global* (**ISG**) ofrece una descripción del desempeño psicosocial *general* del sujeto; se obtiene de dividir el total de respuestas positivas entre el total de preguntas, multiplicado por diez. El *índice de severidad por área* (**ISA**) se obtiene dividiendo el total de respuestas positivas en cada área entre el número de preguntas correspondiente, multiplicado por diez. (14) (37)

De acuerdo con los estudios de Tarter y cols., entre la población norteamericana los índices de severidad mayores de 1.5 son clínicamente

significativos y sugieren la conveniencia de realizar una valoración clínica del caso para evaluar la conveniencia de llevar a cabo una intervención terapéutica. (37)

No obstante, los propios autores reconocen que, debido a las diferencias culturales, este punto de corte podría resultar inadecuado tratándose de población "hispana". (14) (37)

En razón de que se carece de información que permita identificar el punto a partir del cual los trastornos identificados entre la población ecuatoriana adquirirían una significación clínica, en el presente estudio únicamente se identifican las diferencias existentes en la severidad de los trastornos detectados entre estudiantes usuarios de drogas (alguna vez en la vida) y no usuarios, sin pronunciamiento alguno acerca de la significación clínica de los mismos.

Para la calificación del test se utilizara el índice de severidad global y por área, la cual se calculará de la siguiente manera:

$$ISG = \frac{Sumatoria\ de\ respuestas\ positivas}{Total\ de\ preguntas\ del\ test} \times 10$$

$$ISA = \frac{Sumatoria\ de\ respuestas\ positivas}{Total\ de\ preguntas\ del\ area} \times 10$$

Se establecieron cinco modalidades para calificar el índice de severidad:

Índice de Severidad	
0	Ausencia
0.1 – 2.5	Baja
2.6 – 5	Moderada
5.1 – 7.5	Alta
> 7.6	Muy alta

Puntaje del índice de severidad de acuerdo al consenso formado por el Dr. R. Tarter de la Universidad de Pittsburg, y validada por Ariel Gustavo Forselledo IIN/OEA y colaboradores. Test DUSI (Drug Use Screening Inventory).

3.9 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Previo al desarrollo del estudio planteado, se realizó una prueba piloto al 10% de la muestra, donde se encontró que todas las preguntas eran correctamente entendidas, y completadas con facilidad; se estimó una hora para el llenado correcto de la encuesta, sin embargo, todos los estudiantes lo entregaron en un lapso de 15 a 20 minutos

Para analizar los factores psicosociales y consumo de sustancias, se emplearán las siguientes técnicas estadísticas:

- Análisis descriptivo de las variables propuestas, comparando los distintos indicadores estadísticos obtenidos

- Para comparar proporciones, entre dos variables categóricas se utilizará:
    - Fuerza de asociación : Prueba z
    - Significancia estadística : Chi cuadrado

- También se llevará a cabo un análisis de regresión logística lineal (38) para evaluar el peso predictivo de los distintos factores psicosociales estudiados (**ISA** de las áreas de *Trastorno del Comportamiento*, *autoafirmación social*, *disfuncionalidades familiares*, *Desempeño escolar*, *Presión de grupo de amigos* y *Uso del Tiempo Libre*) en relación con la severidad del consumo de drogas (**ISA** del área de Severidad del Consumo de drogas), como variable dependiente.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 20, y la hoja de cálculo de Excel.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Se realizó la encuesta Drugs Use Screening Inventory (DUSI) a 384 estudiantes de enseñanza media de los colegios San Francisco, Unidad Educativa Pensionado Atahualpa, y Víctor Manuel Peñaherrera de la ciudad de Ibarra en el periodo escolar 2011 – 2012, de los cuales se excluyeron del estudio 26 encuestas, las mismas que no cumplieron con los criterios de inclusión propuestos.

En el primer cuadro se describe las características de la muestra entre usuarios y no usuarios de drogas, en donde se encontró que el consumo de drogas por parte de los adolescentes en el colegio privado es del 87.2%, mientras que en los colegios fiscal y fiscomisional se registró un consumo del 52.5% y 62.5% respectivamente.

De los tres colegios analizados se encontró que el mayor consumo se da en estudiantes que cursan el tercer año de bachillerato 79.8%, en edades comprendidas entre 17 a 18 años 80.2%.

Cuadro 6.- Características de la muestra tomada en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período escolar 2011 – 2012.

	Usuarios de Drogas			
	Si		No	
Unidad Educativa	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Colegio San Francisco	125	62,5%	75	37,5%
Colegio Víctor Manuel Peñaherrera	42	52,5%	38	47,5%
Unidad Educativa Pensionado Atahualpa	68	87,2%	10	12,8%
Nivel de Instrucción				
Noveno de Básica	69	53,9%	59	46,1%
Primero de Bachillerato	75	64,7%	41	35,3%
Tercero de Bachillerato	91	79,8%	23	20,2%
Grupo Etario				
De 13 a 14 años	65	54,2%	55	45,8%
De 15 a 16 años	73	62,4%	44	37,6%
De 17 a 18 años	97	80,2%	24	19,8%

Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.

Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

Con respecto al tipo de institución donde los adolescentes consumen drogas, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el colegio privado 87.2% y los colegios público y fiscomisional 52.5% y 62.5% respectivamente .

Cuadro 7.- Comparación entre usuarios y no usuarios de drogas de acuerdo a la entidad educativa de los estudiantes de enseñanza media en la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012

		Colegio					
		Colegio Fiscomisional		Colegio Público		Colegio Privado	
		FA	%	FA	%	FA	%
		A		B		C	
Usuarios de Drogas	**Si**	125	62,5%	42	52,5%	68 **(AB)**	**87,2%**
	No	75 **(A)**	**37,5%**	38 **(A)**	**47,5%**	10	12,8%

Chi^2 41.239 P< (0,001)

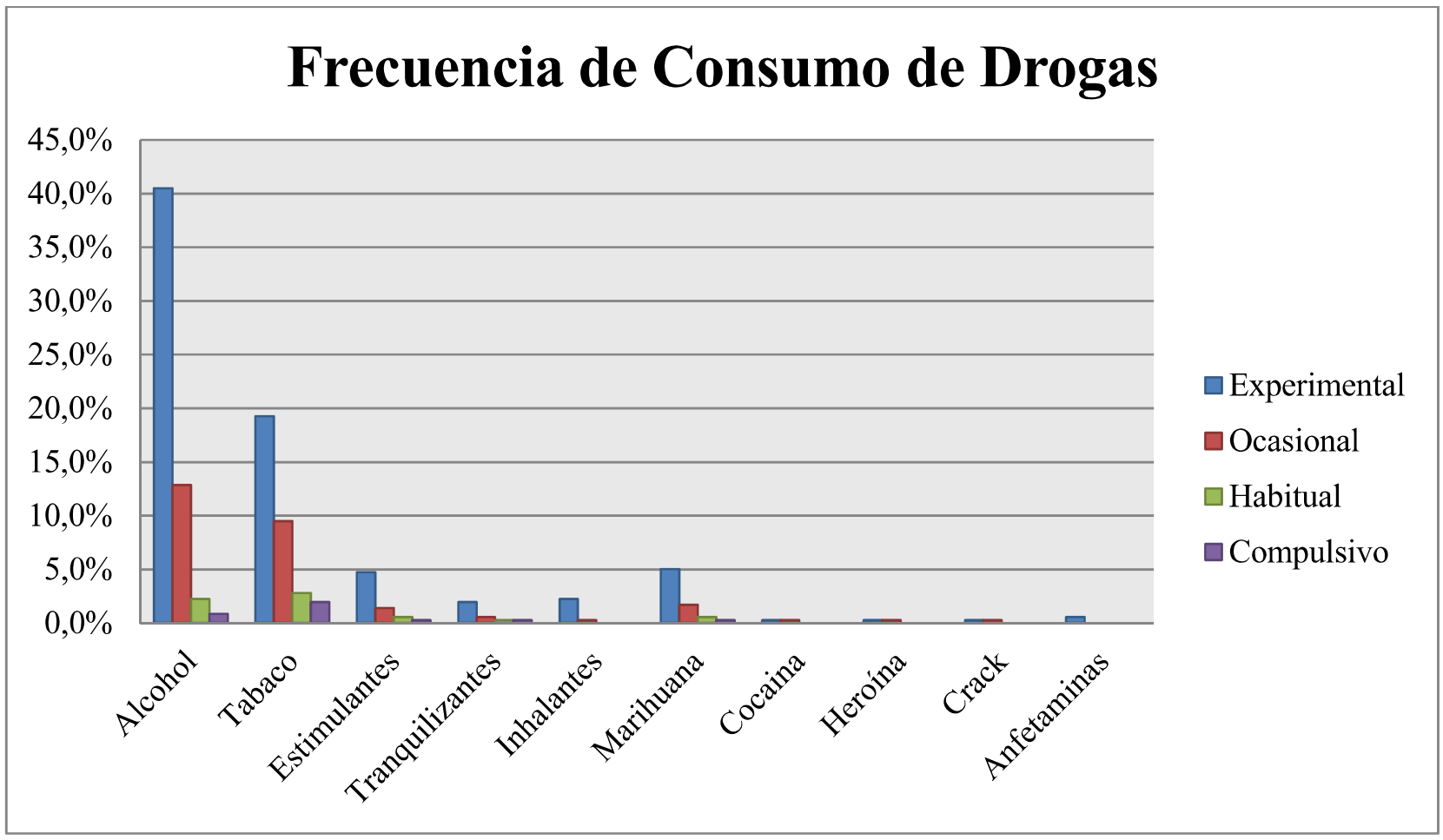
Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.

Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

Por otra parte de las drogas investigadas, las que presentan un mayor consumo en estudiantes de enseñanza media son el alcohol, tabaco, marihuana y estimulantes, con el 56.3%, 33.6%, 7.5% y 7% respectivamente. De estas drogas, el alcohol, presenta un consumo experimental (1 a 2 veces al mes) del 40.5%, ocasional (3 a 9 veces al mes) 12.8% y habitual (10 a 20 veces en el mes) 2.2%

mientras que el consumo de tabaco experimental, ocasional y habitual es del 19.3%, 9.5% y 2.8% respectivamente. (Grafico 1)

Grafico 1.- Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media de los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.



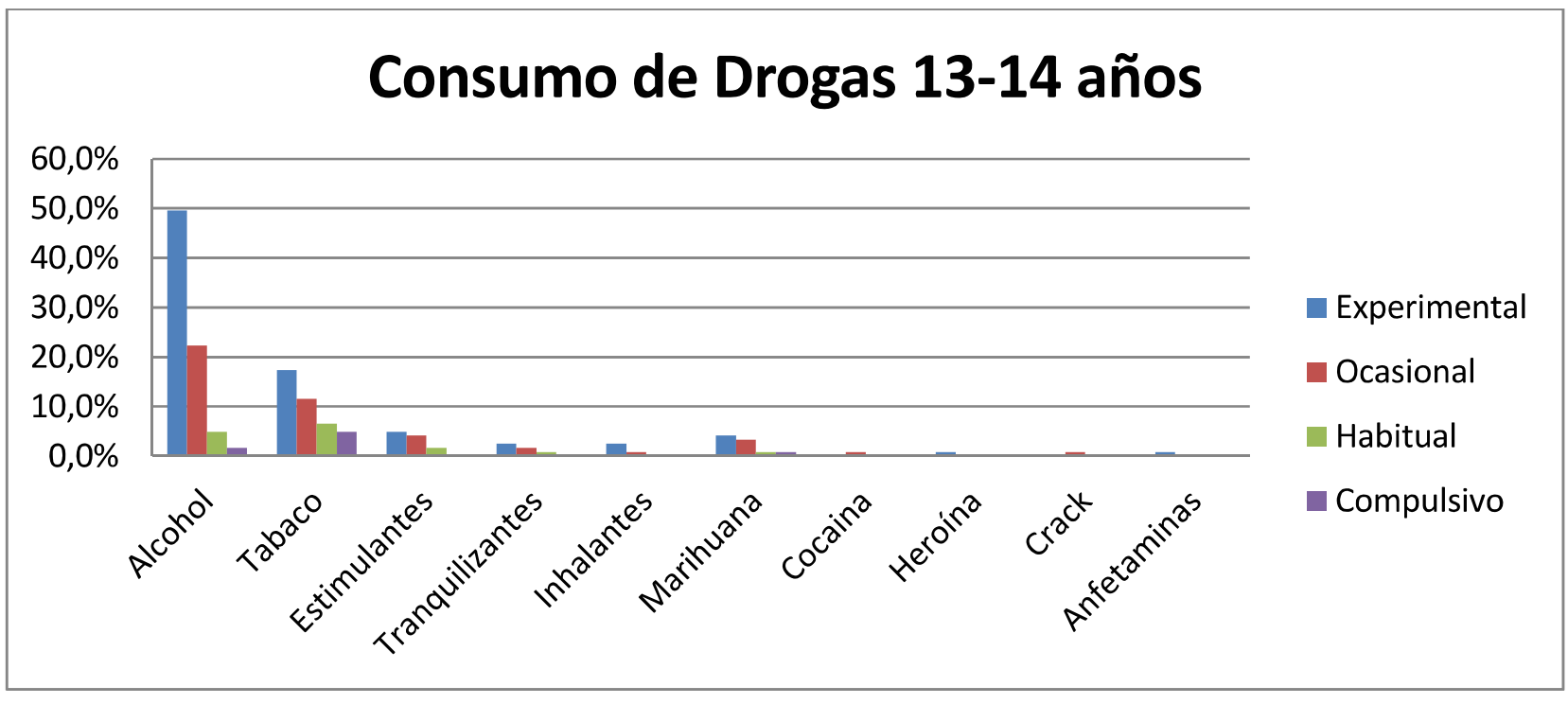
Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.
Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

En lo que se refiere al consumo por grupo etario de los tres colegios, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el consumo experimental y ocasional de alcohol entre los grupo de 15 a 18 años y de 13 a 14 años; notando un consumo experimental del 43.6% en el grupo de 15 a 16 años, 49.6% en estudiantes de 17 y 18 años, y un 28.3% en estudiantes de 13 a 14 años. Mientras que el

consumo ocasional de alcohol vemos un 23.3 % entre los adolescentes de 17 a 18 años, 12.8% en el grupo de 15 a 16 años y 3.3% en estudiantes de 13 a 14 años. (Ver gráfico 5, 6 y 7)

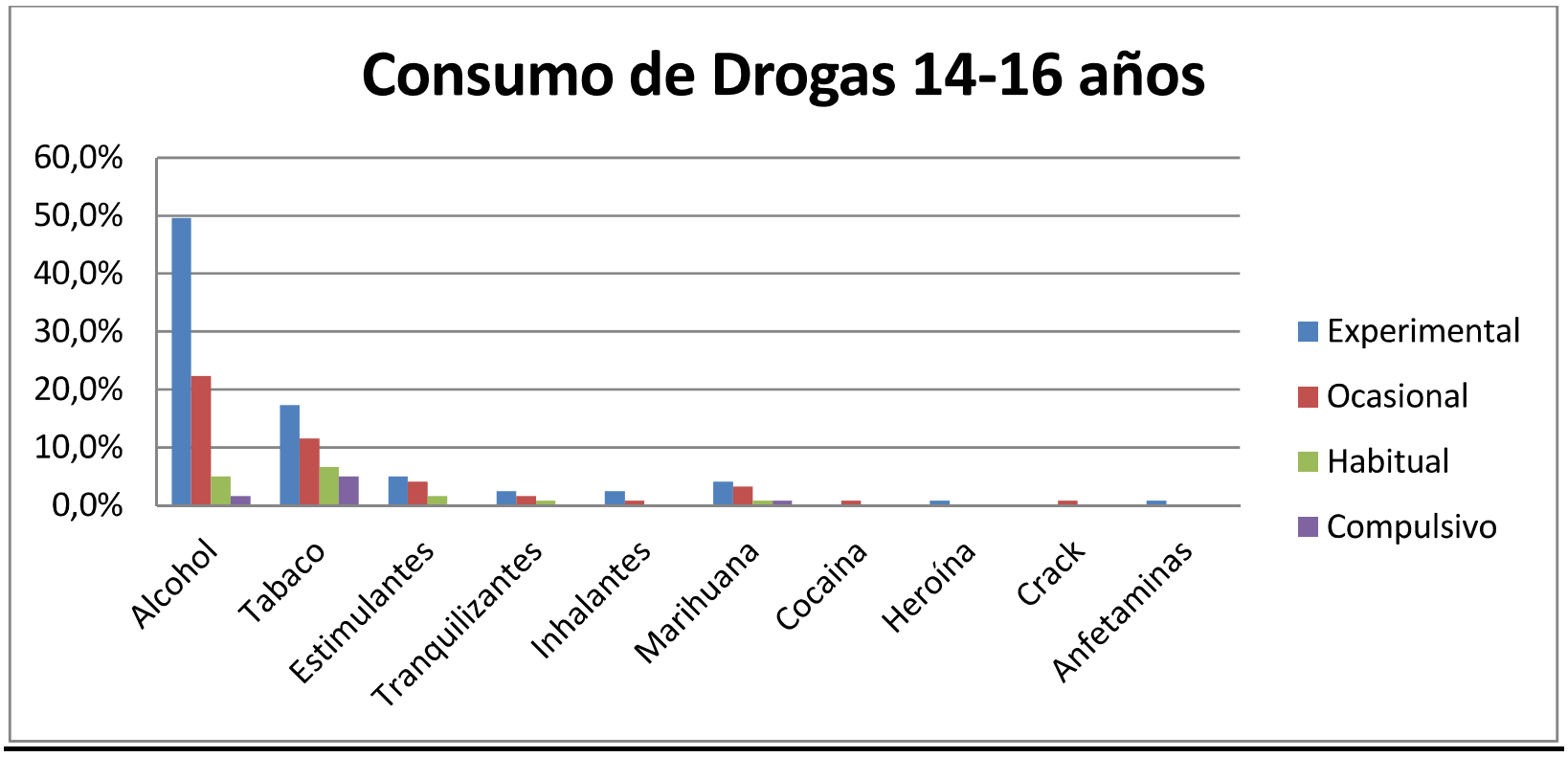
Con respecto al consumo de tabaco y marihuana, encontramos que es mayor en los estudiantes de 17 y 18 años, siendo el 40.5% para el consumo de tabaco del cual el 5% consume más de 20 veces al mes, y 9.1% para el consumo de marihuana. (Gráfico 2, 6 y 7)

Grafico 2.- Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media de 13 a 14 años de edad en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.



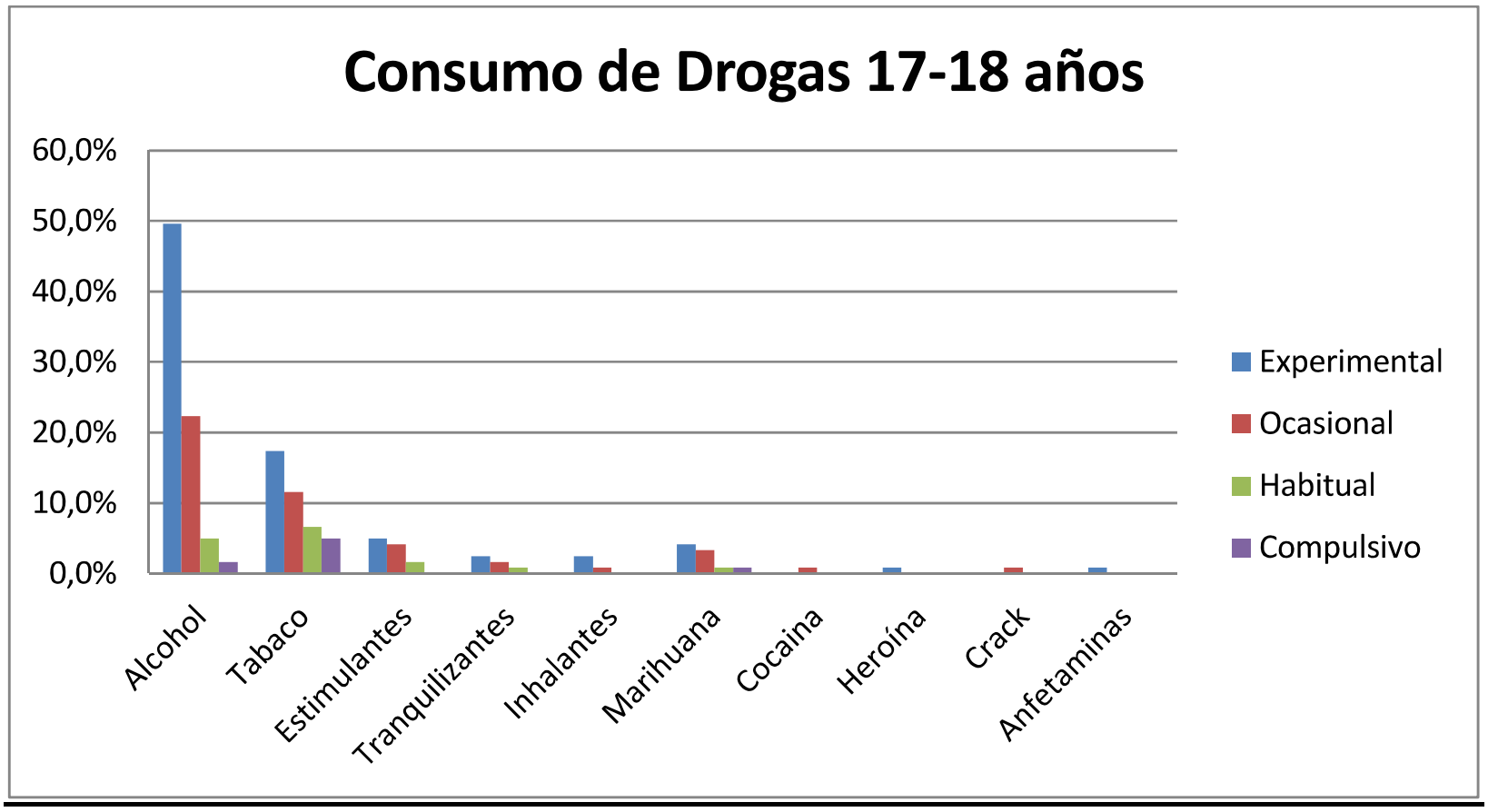
Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.
Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

Grafico 3.- Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media de 14 a 16 años de edad en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.



Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.
Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

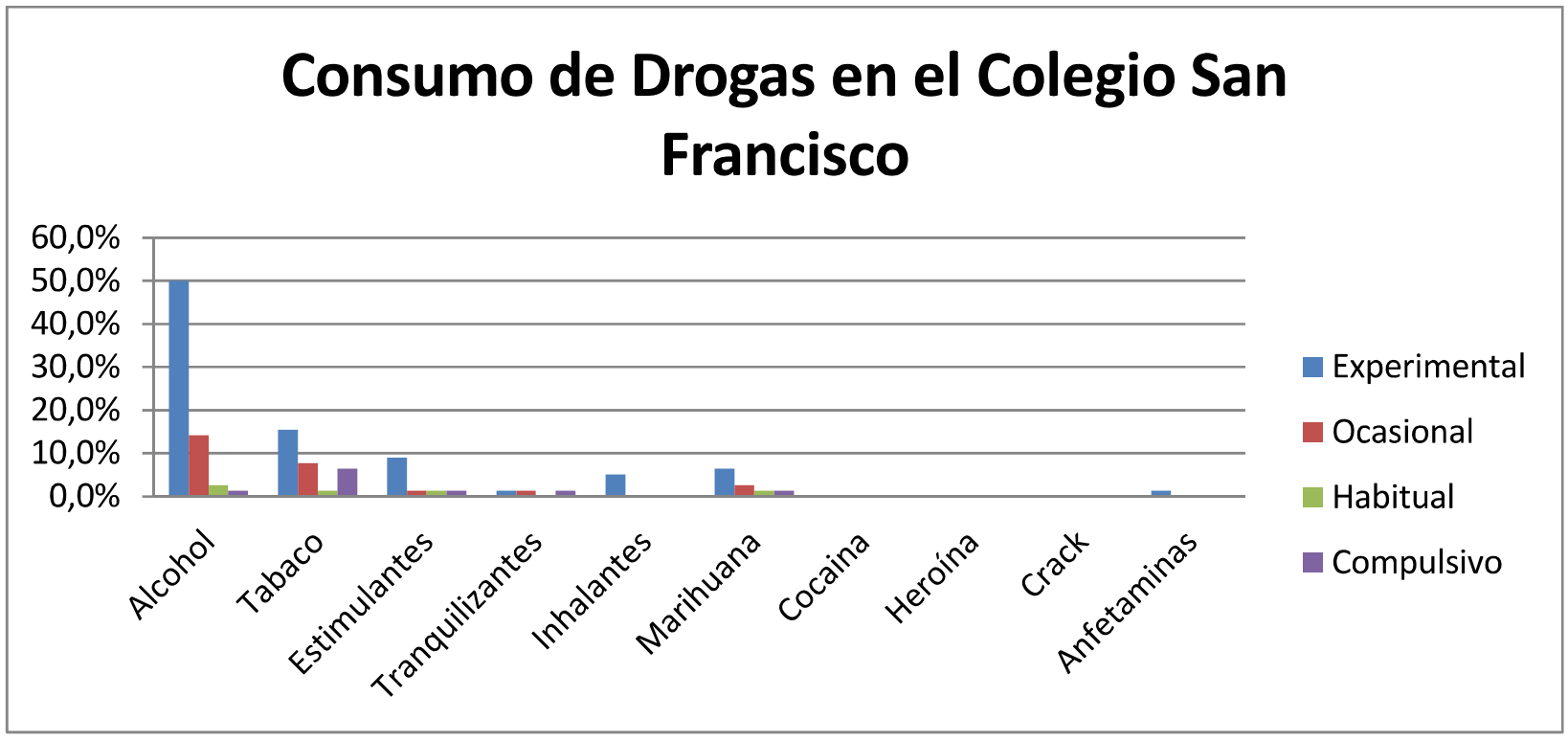
Grafico 4.- Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media de 17 a 18 años de edad en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012



Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.
Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

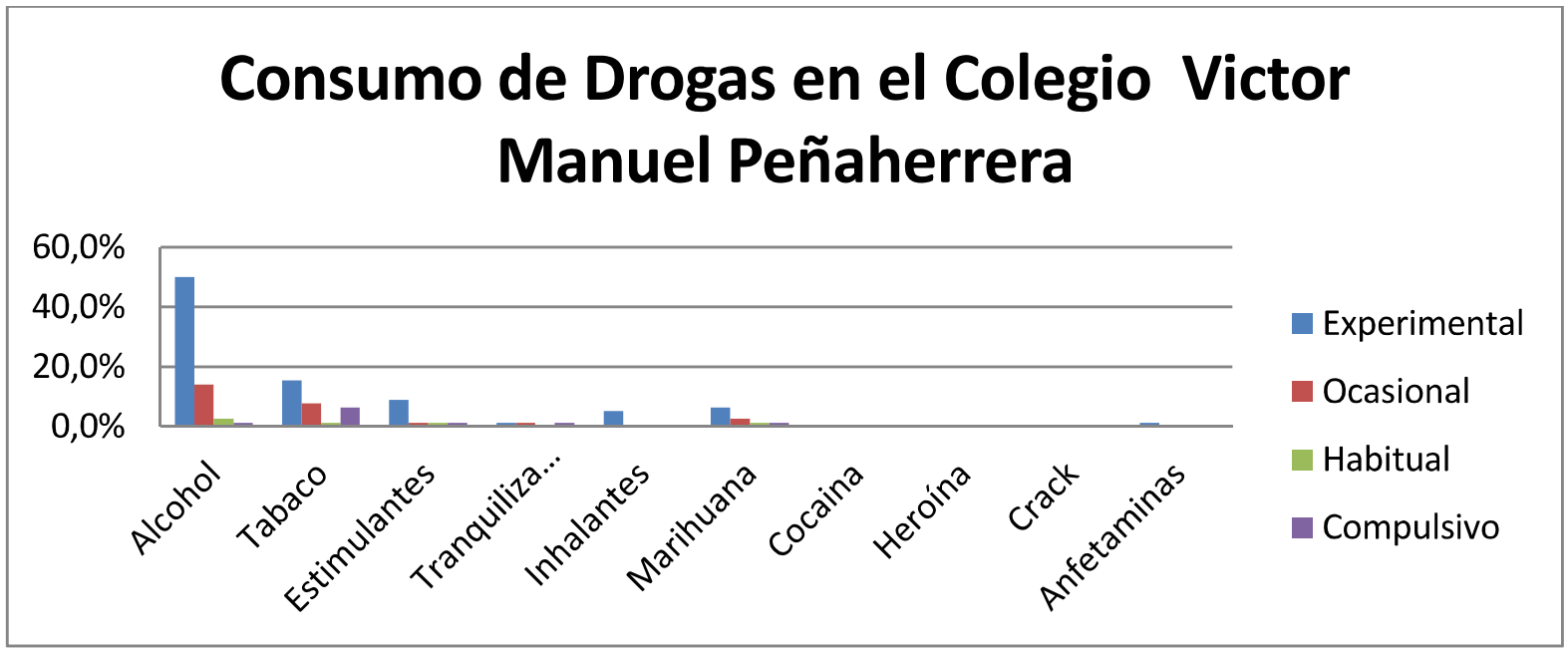
En el colegio privado, que presenta el mayor consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media, podemos encontrar que el consumo de marihuana es del 11.5% del cual, el 6.4% es experimental, 2.6% ocasional y el 1.3% es de consumo habitual y compulsivo (más de 20 veces al mes). El consumo de estimulantes es del 9.3% es experimental y 1.3% es de consumo ocasional, habitual y compulsivo. (Gráficos 5, 6 y 7)

Grafico 5.- Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media del Colegio San Francisco de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.



Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.
Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

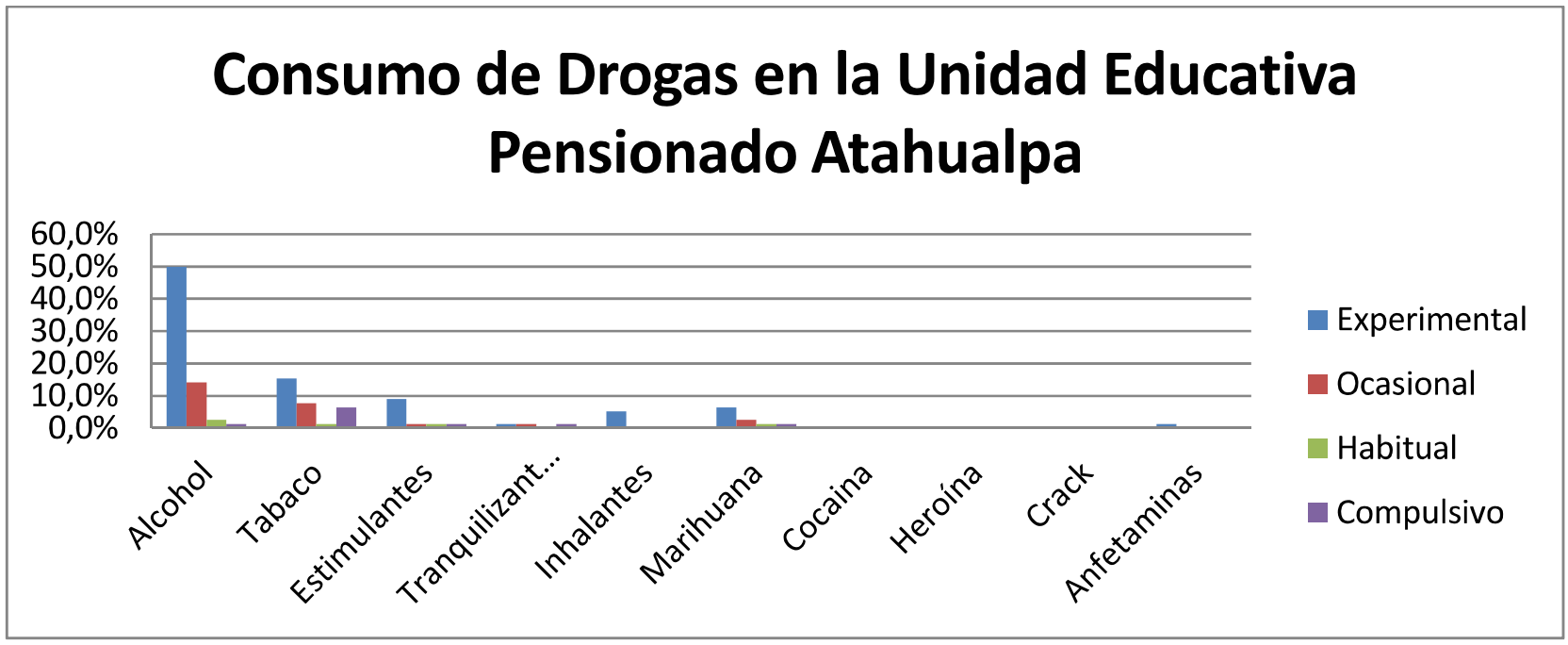
Grafico 6.- Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media del Víctor Manuel Peñaherrera de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.



Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.

Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

Grafico 6.- Frecuencia de consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media la Unidad Educativa Pensionado Atahualpa de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.



Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.
Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

Por otro lado, el índice de severidad global (**ISG**) de los trastornos de ajuste psicosocial detectados en los últimos 12 meses tanto entre los estudiantes usuarios de drogas como entre los no usuarios se ubicó en el rango de severidad *moderada*. Sin embargo, el índice observado entre los usuarios (**ISG**=3.6) indica la existencia de trastornos significativamente más severos que los existentes entre el resto de la población (**ISG**=2.86; $p<0.001$).

En lo que respecta a cada área de ajuste psicosocial estudiada, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre usuarios y no usuarios de drogas en

las áreas de trastornos del comportamiento, rendimiento escolar, presión de grupos de amigos, uso del tiempo libre, y severidad en el uso de drogas (Cuadro 8)

Cuadro 8.- Índices de severidad de los trastornos psicosociales identificados entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.

	Usuarios de Drogas	No usuarios de Drogas	P
Trastornos Del Comportamiento	4,09	3,56	0,05
Autoafirmación Social	3,38	3,19	0,591
Disfuncionalidades Familiares	3,08	3,07	0,48
Rendimiento Escolar	4,66	2,38	<0,001
Presión Grupos De Amigos	4,66	3,38	0,002
Uso Tiempo Libre	4,44	3,58	0,0025
**Severidad Uso Drogas	2,4	,84	<0,001

**El índice de severidad del uso de drogas se aplica al grupo de "no usuarios" en relación a las preguntas 101 y 116 de la encuesta DUSI

Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.

Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

Se encontró una afectación severa 23.8% en los trastornos del comportamiento (aislamiento, agresividad, impulsividad, acting out) la cual fue

estadísticamente significativa entre usuarios y no usuarios de drogas (ISA mayores de 5). El 52.8% presentó trastornos de conducta moderadamente severos (ISA entre 2.6 y 5) y 18.7% de baja intensidad (ISA entre 0.1 y 2.5) (Cuadro 9)

Cuadro 9.- Índice de severidad de Trastornos del Comportamiento identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.

Área I		**Usuarios de Drogas**			
		Si		**No**	
		FA	**%**	**FA**	**%**
			A		**B**
	Ausencia	0	0,0%	0	0,0%
	Baja	44	18,7%	34	27,6%
	Moderada	124	52,8%	68	55,3%
	Alta	56 **(B)**	**23,8%**	18	**14,6%**
	Muy Alta	11	4,7%	3	2,4%
Chi² 7.384	*p (0,041)*				

Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.
Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

En el área de Autoafirmación Social, no se encontró una relación significativa estadística, pero se encontró que el 52.8% de los usuarios de drogas tiene una afectación moderada, 13.6% alta y 29.8% una afectación baja. (Cuadro 9)

Cuadro 10.- Índice de severidad de Autoafirmación Social identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.

Área II	Usuarios de Drogas			
	Si		No	
	FA	%	FA	%
Ausencia	6	2,6%	1	0,8%
Baja	70	29,8%	45	36,6%
Moderada	124	52,8%	61	49,6%
Alta	32	13,6%	12	9,8%
Muy Alta	3	1,3%	4	3,3%

Chi^2 5.160 p (0,271)

Autor: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.

Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

Por otra parte el índice de disfuncionalidad de las familias con una afectación alta 23.4% fue estadísticamente significativa en usuario y no usuarios de drogas. Sin embargo el 71.5% se ubicaba entre 0.1 a 5.0, es decir, entre una afectación baja y moderada. (Cuadro 10)

Cuadro 11.- Índice de severidad de Disfuncionalidades Familiares identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.

Área III	Usuarios de Drogas			
	Si		No	
	FA	%	FA	%
		A		B
Ausencia	6	2,6%	3	2,4%
Baja	64	27,2%	45	36,6%
Moderada	104	44,3%	64	52,0%
Alta	55 **(B)**	**23,4**%	8	**6,5%**
Muy Alta	6	2,6%	3	2,4%

Chi^2 16.472 p (0,02)

Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.

Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

El 9.8% acusó trastornos severos en rendimiento escolar, con alteraciones tales como un bajo rendimiento académico, reducido interés y motivación por el estudio, ausentismo y problemas escolares ocasionados por el consumo de sustancias. El 36.6% registró trastornos de ajuste escolar moderados y 49.8 % de baja intensidad. (Cuadro 11)

Cuadro 12.- Índice de severidad de Rendimiento Escolar identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.

Área IV	Usuarios de Drogas				
	Si			No	
	FA		%	FA	%
			A		B
Ausencia	4		1,7%	0	0,0%
Baja	117		**49,8%**	78	**(A) 63,4%**
Moderada	86		36,6%	41	33,3%
Alta	23	**(B)**	**9,8%**	4	**3,3%**
Muy Alta	5		2,1%	0	0,0%

Chi^2 12.278 p (0,015)

Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.

Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

El 31.9% de los usuarios interactuaba frecuentemente con amigos con actitudes y conductas "desviadas" y antisociales (**ISA** mayores de 5.0). El 67.7% pertenecía a redes disfuncionales con un **ISA** bajo o moderado. Adicionalmente, el 33.6% presentó altos índices de severidad en el área de uso del tiempo libre, acusando ocio, una escasa actividad física, aburrimiento, intereses poco definidos, participación en actividades fuera de la tutoría de personas adultas e incluso recurriendo al uso de sustancias con fines recreativos. El 63.9% presentó, en este mismo terreno, alteraciones de moderada o baja severidad (Cuadros 12 y 13).

Cuadro 13.- Índice de severidad de Presión de Grupos de Amigos identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.

Área V		Usuarios de Drogas				
		Si			No	
		FA	%		FA	%
			A			B
Ausencia		1	0,4%		1	0,8%
Baja		35	**14,9%**		47 **(A)**	**38,2%**
Moderada		124	52,8%		58	47,2%
Alta		63 **(B)**	**26,8%**		14	**11,4%**
Muy Alta		12	5,1%		3	2,4%

Chi^2 30.187 p (0,000)

Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.

Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

Cuadro 14.- Índice de severidad de Uso del Tiempo Libre identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.

Área VI		Usuarios de Drogas			
		Si		No	
	FA	%	FA		%
		A			B
Ausencia	6	2,6%	5		4,1%
Baja	42	**17,9%**	45	**(B)**	**36,6%**
Moderada	108	46,0%	49		39,8%
Alta	62 **(C)**	**26,4%**	22		**17,9%**
Muy Alta	17	7,2%	2		1,6%

Chi^2 20.193 p (0,000)

Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.

Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

Finalmente, en cuanto a la severidad del uso de drogas, se detectaron síntomas de dependencia, abstinencia o tolerancia de gravedad (**ISA** superiores a 5.0) en el 6.8% de los casos que afirmaron haber hecho uso de drogas. En el 66.4% se manifestaron patrones de consumo de intensidad baja y 20% de intensidad moderada. (Cuadro 14).

Cuadro 15.- Índice de severidad de Severidad de Uso de Drogas identificado entre usuarios y no usuarios de drogas en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.

Área VII	Usuarios de Drogas					
	Si			No		
	FA		%	FA		%
			A			B
Ausencia	12		**5,1%**	25	**(B)**	**20,3%**
Baja	156		66,4%	92		74,8%
Moderada	47	**(C)**	**20,0%**	5		**4,1%**
Alta	16	**(B)**	**6,8%**	1		**0,8%**
Muy Alta	4		1,7%	0		0,0%

Chi^2 41.239 P< (0,001)

Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.

Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

Se aplicó un análisis de regresión lineal dirigido a estimar la correlación existente entre los índices de severidad detectados en las áreas de ajuste psicosocial estudiadas (**ISA** recodificados en cinco rangos de severidad, de las áreas: *trastorno del comportamiento, autoafirmación social, disfuncionalidades familiares, rendimiento escolar, presión de grupos de amigos, uso del tiempo libre*) y la severidad del uso de drogas.

De esta manera, una mayor severidad del consumo de drogas se relacionó de manera significativa con una más frecuente interacción con amigos que tienden a incurrir en conductas antisociales y en el propio uso de sustancias (β=0.24), con un mal rendimiento escolar (β=0.1), familias disfuncionales (β=0.151), mal uso del tiempo libre (β=0.289) y trastornos del comportamiento (β=0.248). (Cuadro 16)

Cuadro 16.- Resultados del análisis de regresión lineal para la identificación de predictores de la severidad del uso de drogas (método *enter*) en los Colegios San Francisco, Víctor Manuel Peñaherrera y Pensionado Atahualpa en los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Ibarra período 2011 – 2012.

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			IC 95,0% para B	
Factores	**B**	**Error típico**	**Beta**	**t**	**p**	**Límite inf**	**Límite sup**
Trastorno del comportamiento	,284	,059	,248	4,840	,000	,169	,400
Autoafirmación social	,075	,056	,072	1,355	,176	-,034	,185
Disfuncionalidad familiar	,141	,051	,151	2,776	,006	,041	,241
Rendimiento Escolar	,202	,062	,177	3,280	,001	,081	,324
Presión del Grupo de Amigos	,224	,051	,240	4,399	,000	,124	,324
Uso del tiempo libre	,277	,051	,289	5,376	,000	,175	,378
(Constante)	-,397	,240		-1,651	,100	-,870	,076

Autores: Rhon Jaime, Vinueza Diego. Escuela de Medicina PUCE 2012.

Fuente: Programa Estadístico SPSS 20.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El principal objetivo de esta investigación fue identificar los principales factores psicosociales que están asociados al consumo de sustancias en adolescentes de educación media de tres colegios de la ciudad de Ibarra.

Los resultados muestran que 7 de cada 10 estudiantes de la muestra estudiada han consumido algún tipo de droga en el último año, dándose un mayor consumo en estudiantes que asisten a un tipo de instrucción privada y cursan su último año; en cuanto al grupo etario se demostró que ya desde los primeros años de educación secundaria existe un consumo de drogas, que concuerda con la edad promedio (12.4 años) del inicio de consumo de drogas encontrada en la tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media en el año 2008 realizada por el CONSEP. El hecho de que los usuarios de drogas hayan presentado una mayor edad y un más alto grado de estudios puede ser indicativo de que el efecto acumulativo de la exposición a la oferta de sustancias y a la presión de pares suponga un incremento del riesgo con el transcurso del tiempo.

Adicionalmente, se encontró que las drogas de mayor consumo en los estudiantes de enseñanza media son el alcohol, tabaco, marihuana y estimulantes semejantes a los estudios realizados por La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas a nivel regional y CONSEP, como también en el estudio del Centro de Integración Juvenil de México. De la misma manera se identificó que la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco es significativamente más alta entre quienes refirieron haber usado drogas ilegales alguna vez en la vida. De esta forma se confirma que el consumo de drogas ilícitasconstituye un importante correlato o factor de riesgo para el consumo de drogas ilícitas. (44)(45)

En lo que respecta a cada área de ajuste psicosocial estudiada, se encontró diferencias estadísticamente significativas de el índice de severidad entre usuarios y no usuarios de drogas en las áreas de trastornos del comportamiento, rendimiento escolar, presión de grupos de amigos y uso del tiempo libre, encontrando un índice de severidad moderada en estas áreas, tanto en usuarios y no usuarios de drogas, dato similar encontrado en los estudios realizados por Centro de Integración Juvenil de México y Díaz Negrete.

Por otra parte, en el área de trastornos del comportamiento de ésta investigación, se encontró que mientras mayor sea el consumo de drogas, la afectación en el comportamiento del adolescente será mayor, similar a lo encontrado en los estudios realizados por el centro de integración juvenil mexicano como los estudios de Negrete y Palacios donde demuestran que a mayor consumo de drogas, el comportamiento del adolescente tiende a ser más impulsivo, agresivo y aislado.

Estos trastornos se podrían explicarse de manera directa cuando el adolescente se encuentra en un ambiente psicosocial desfavorable, donde la influencia del grupo de amigos desvía a un adolescente de una conducta positiva a otra negativa, conjugada con la inhabilidad de este para enfrentarla asertivamente y así tener una aceptación por parte de la sociedad.

Por otra parte, la disfuncionalidad familiar, tendría una influencia indirecta y mediada sobre el consumo de sustancias y los problemas de comportamiento, al influir en la aparición de síntomas de malestar psicoafectivos y en un insuficiente desarrollo de habilidades comunicativas y sociales. (36) (38)

En lo que respecta al rendimiento escolar diversos autores coinciden en que un adecuado y exitoso desempeño escolar constituye un factor determinante para el desarrollo del sujeto en otros campos de su vida de relación (39) (69), mientras que un pobre desempeño escolar constituye un predictor de la frecuencia e intensidad del uso de drogas ilegales (3). En este estudio se encontró que el 36.6% de los adolescentes presentaron una afectación moderada en el área de rendimiento escolar datos que se pueden correlacionar con el estudio realizado por Gonzales donde demuestra que los estudiantes con un mayor apego escolar tienen menos probabilidades de usar drogas.

Por último el uso del tiempo libre por parte de los adolescentes investigados el 33.6% presentó altos índices de severidad en el área de uso del tiempo libre, acusando ocio, una escasa actividad física, aburrimiento, intereses poco definidos, participación en actividades fuera de la tutoría de personas adultas, por otro lado, la asociación entre consumo de drogas y tiempo libre es casi una obviedad, especialmente cuando se trata de los consumos juveniles. Muchos de los estudios realizados en los últimos años señalan como, en este grupo de población, la relación con las distintas sustancias se produce fundamentalmente, casi exclusivamente, en contextos vinculados al ocio. (28) (46) (51)

Tomados en conjunto, estos hallazgos ponen de manifiesto la interacción de factores individuales y psicosociales, y concuerdan con lo sostenido por Calafat y colaboradores en el sentido de que, desde el punto de vista del individuo, el consumo de sustancias ilícitas está relacionado con la expresión externalizada del conflicto psíquico (tendencia a actos impulsivos violentos y agresivos con bajo control, conocidos como *acting out*), al tiempo que desde una perspectiva psicosocial se asocia con la presencia de actitudes y conductas que dificultan la integración a la sociedad convencional.

Estos resultados confirman, en lo general, otros estudios realizados con el DUSI en México y América Latina, en los que los trastornos del comportamiento, los problemas familiares y la relación con amigos que presentan conductas

desviantes se identificaron como factores asociados significativamente con el consumo de drogas ilícitas. (3) (59).

Como ventajas del presente estudio, se muestran, que la versión del *Drug Use Screening Inventory* (**DUSI**) utilizada puede constituir, en general, un medio confiable para el estudio de la relación existente entre el uso de drogas y presuntos factores psicosociales de riesgo entre estudiantes de educación media, ya que en particular, se destacan las posibilidades, que este instrumento brinda para el análisis de las complejas relaciones existentes entre el uso de drogas y los diversos factores psicosociales estudiados, así como su utilidad para proporcionar una evaluación global e integradora de la capacidad de ajuste de la población de interés, razón por la cual resulta también un medio útil para la retroalimentación y evaluación de un programa preventivo institucional. Por consiguiente el instrumento destaca una facilidad para obtener datos útiles para ser analizados debido a que la encuesta presenta un modelo de preguntas cerradas, y de esta manera ayuda a disminuir el sesgo de un estudio. En adición, es importante destacar que las preguntas que utiliza este instrumento son de fácil comprensión para los encuestados, por lo que ha podido ser adaptado en 15 idiomas. Es importante indicar lo positivo del instrumento al recoger datos desde un pasado y un presente.

Por lo tanto, el instrumento sería útil para realizar un estudio a nivel nacional y facilitar la rápida conducta de un modelo país para programas de prevención en la

población más afectada por el consumo de sustancias como lo son nuestros adolescentes. Sin embargo no cabe duda que también este modelo de instrumento se de manera útil en la población adulta, como ya lo han demostrado en países como Estados Unidos, Brasil, México y Chile.

Otra ventaja que tiene el instrumento es el indicar el anonimato de la persona encuestada, de esta manera se siente libre para contestar el cuestionario sin temor a juicios de valor o represalias, sin embargo, hay que considerar la limitación que este puede tener, ya que puede ser encontrado como un objeto de burla y ser llenado el cuestionario de manera falsa.

De la misma manera otra limitación de estudio fue la falta de apoyo por parte de otras instituciones educativas de la ciudad de Ibarra para la aplicación del instrumento, como también lo fue la falta de tiempo y recursos para realizar el estudio en una muestra más amplia.

5.1 CONCLUSIONES:

1. Se identificó que los trastornos del comportamiento (p<0.001), disfunción familiar (p 0.06) rendimiento escolar (p 0.01), presión de grupo de amigos (p<0.001) y uso del tiempo libre (p<0.001), pueden considerarse factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de enseñanza media entre 13 a 18 años en los tres colegios estudiados en la ciudad de Ibarra, con una asociación estadísticamente significativa.

2. El mayor consumo de sustancias se encontró en estudiantes que cursan el tercer año de bachillerato 79.8%, en edades comprendidas entre 17 a 18 años 80.2%. Cabe recalcar que la edad de inicio de consumo sigue siendo los 12.7 años en promedio.

3. Con respecto al tipo de institución donde los adolescentes consumen drogas, se encontró que existe mayor consumo en el colegio privado 87.2% a comparación del colegio público y fiscomisional 52.5% y 62.5% respectivamente

4. La droga de mayor consumo entre los estudiantes de enseñanza media fue el alcohol con un 56.3% seguido por el tabaco en un 33.6% y marihuana en un 7.5% en estudiantes de enseñanza media entre 13 a 18 años en los tres colegios estudiados de la ciudad de Ibarra.

5. Se identificó un índice de severidad alto (IS 5.1 - 7.5) que fue estadísticamente significativo (p0.041) entre usuarios y no usuarios de drogas en la esfera de trastornos del comportamiento en estudiantes de enseñanza media entre 13 a 18 años en los tres colegios estudiados de la ciudad de Ibarra.

6. No se encontró relación alguna entre la esfera de autoafirmación social (p 0.271) y el consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media entre 13 a 18 años en los tres colegios estudiados de la ciudad de Ibarra.

7. Se estableció una relación estadísticamente significativa en el uso del tiempo libre y el consumo de sustancias (p <0.01), afirmando que el mal uso del tiempo libre es un predictor positivo en el aumento de la severidad del consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media entre 13 a 18 años en los tres colegios estudiados de la ciudad de Ibarra

8. Se comprobó que la disfuncionalidad familiar es un predictor positivo para el aumento de la severidad del consumo de drogas (p 0.006) en estudiantes de enseñanza media entre 13 a 18 años en los tres colegios estudiados de la ciudad de Ibarra.

9. Se determinó una relación estadísticamente significativa entre la presión del grupo de amigos y consumo de drogas, siendo este un predictor positivo en el aumento de la severidad del uso de drogas ($p<0.001$) en estudiantes de enseñanza media entre 13 a 18 años en los tres colegios estudiados de la ciudad de Ibarra.

10. Se mostró, que la versión del *Drug Use Screening Inventory* (**DUSI**) utilizada puede constituir, en general, un medio confiable para el estudio de la relación existente entre el uso de drogas y presuntos factores psicosociales de riesgo entre estudiantes de educación media.

11. Se sostiene que el bajo control de impulsos y la mayor tendencia al aislamiento, el deficiente manejo de los afectos y de las relaciones interpersonales, así como el empobrecimiento de las alternativas de disfrute del tiempo libre y la disfuncionalidad de las relaciones familiares, orillan a los jóvenes a vincularse con redes sociales disfuncionales, incrementándose el riesgo de incurrir en el uso de sustancias, o bien, a aislarse y utilizarlas como un elemento compensatorio.

12. La prevención del uso de drogas debe considerar la severidad de factores de riesgo tales como la conflictiva familiar y la escasa involucración paterna, o bien, el uso de drogas y los antecedentes de conductas antisociales entre los miembros de la familia y el grupo de pares, e incorporar el desarrollo de

estructuras de apoyo que permitan reducir su impacto mediante el desarrollo de *acciones y factores protectores*.

5.2 RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda el instrumento DUSI para el análisis de las complejas relaciones existentes entre el consumo de drogas y los diversos factores psicosociales asociados, como también para proporcionar una evaluación global e integradora de la capacidad de ajuste de la población de interés, siendo un medio útil para la retroalimentación y evaluación de un Programa Preventivo Institucional.

2. Promover campañas educativas por parte del personal de salud en los centros educativos, dando a conocer los riesgos a los cuales se exponen los adolescentes cuando inician el consumo de sustancias tanto licitas como ilícitas, además de brindar una amplia información sobre cómo funciona cada droga al momento que ingresa en nuestro organismo y sus consecuencias a futuro.

3. A las instituciones educativas a través de su DEPARTAMENTO DE ORIENTACION Y BIENESTAR ESTUDIANTIL (DOBE), alcancen un nexo empático positivo con adolescentes en quienes se presuma el consumo de sustancias tanto licitas como ilícitas y posteriormente se realice pasantías en centros de rehabilitación para adictos con la finalidad de que el adolescente se sensibilice con las consecuencias a futuro del abuso de sustancias.

4. Desarrollar una comunicación más asertiva con los adolescentes por parte de los padres, potenciando los factores de protección contra el consumo de drogas, ya que en el presente estudio se demostró que la disfuncionalidad familiar es un predictivo positivo en aumentar la severidad del consumo de drogas.

5. Recomendamos también a nivel ministerial, se implementen programas de sano esparcimiento para los adolescentes, ya que se demostró que la mayoría de adolescentes encuestados utilizan mal su tiempo libre.

6. Es imprescindible poner mayor énfasis en las campañas de denuncia contra las personas que venden alcohol y tabacos a menores de edad, de igual manera a farmacias que venden drogas como tranquilizantes y anfetaminas sin una prescripción médica, siendo sancionadas con todo el rigor de la ley.

7. Es importante que exista una mayor colaboración por parte de las autoridades en los planteles educativos en cuanto a la realización de investigaciones similares a esta, con el fin de ampliar la muestra y extrapolar los resultados a la provincia entera, para así, realizar un proyecto a nivel nacional y desarrollar nuevas políticas sobre abuso de sustancias en adolescentes teniendo un marco conceptual más claro de los factores implicados en el consumo de drogas por parte de los adolescentes.

8. Sería importante que el CONSEP, promueva la prevención del consumo de drogas desde etapas iniciales de la educación, es decir desde la educación básica, donde se podría corregir la mayoría de factores asociados al consumo de sustancias demostradas en este estudio. Y a su vez prolongarla hasta etapas finales como es el último año de bachillerato donde se encontró un mayor consumo.

.

PAGINAS COMPLEMENTARIAS

BIBLIOGRAFÍA

1. **Sociedad Argentina de Pediatría.** *Proyecto SAP-UNICEF "Estrategias preventivas en relación al consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes" año 2009*. [En línea] 2011. Disponible en: http://www.sap.org.ar/comunidad_material_para_docentes.php.

2. **CONSEP.** *Tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media 2008.* quito : s.n., 2008.

3. **Díaz Negrete B, García-Aurrecoechea R** *Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas.*. 4, Mexico : Rev Panamericana de la Salud Pública, 2008, Vol. 24.

4. **Rodríguez K, Arellánez H, Diaz N, y González S,** *Ajuste psicosocial y consumo de drogas.*. Mexico : Centros de Integración Juvenil, Dirección de Prevención, Subdirección de Investigación, 1998, Informe de Investigación 97-27.

5. **Doula Nicolson, Harry Ayers.** *Problemas de la Adolescencia: Una guía práctica para el profesorado y la familia.* Madrid : NARCEA, S.A., 2002. págs. 10-12.

6. **Vanegas, AM.** *La aventura de eduacar: adolescencia.* segunda edición. Bogotá : Universidad de La Sabana, 2000. págs. 4-16.

7. **Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman, Hal BJ.** *Nelson, Tratado de Pediatría.* Ed 17. Madrid : Elsevier, 2005. págs. 53 - 58.

8. **ALCÁNTAR, MI.** *prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar.* Mexico : Universidad Autónoma de México, 2002.

9. **Perales A,** *Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo".* [ed.] segunda. Lima : UNMSM, 1998.

10. **Restrepo, Gomez C.** *Psiquiatria clinica, Diagnostico y tratamiento en ninos, adolescentes y adultos.* tercera. Bogota : Panamericana, 2008. págs. 295-299.

11. **Ruiloba JV.** *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* s.l. : Salvat Editores, S.A., 1999.

12. **Sadoks & Kaplan,** *Kaplan & Sadock's synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* 10a. Philadelphia : Lippincott Williams &Wilkins, 2008. Vol. 1.

13. **Golman HH.** *Psquiatria general.* 5a ed. Mexico : The McGraw-Hill Companies Inc., 2001. págs. 272-275.

14. **Danielle MD, Arpana A,** *The Genetics of Alcohol and Other Drug Dependence.*. 18, s.l. : Alcohol Research & Health, 2008, Vol. 31.

15. **Sistema subregional de información e investigación sobre drogas.***Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile,Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay.* 1, 2006, Vol. primero.

16. **San Matheo County Health System.** San Matheo County Health System. [En línea] Disponible en: http://smchealth.org/sites/default/files/docs/1309587933CRAFFT.pdf.

17. **Goodman & Gilman** Las bases farmacológicas de la terapéutica. decima edicion. Mexico : McGraw-Hill Ineramericano, 2003, Vol. 1.

18. **Samaniego E.** *Fundamentos de Farmacología Médica.* Quito : Universidad Central del Ecuador, 1999.

19. **Utrilla P** *Aspectos farmacológicos de las anfetaminas.*. Granada : Ars Pharmaceutica, 2000, Vol. 40.

20. **García E, Lima G, Aldana L, Casanova P, Feliciano V,** *Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales.*. 3, s.l. : Rev Cubana Med Milit, 2004, Vol. 33.

21. **Colegio oficial de farmaceúticos Rea.** Benzodiazepinas. *Portal Farma.* [En línea] 2006. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/DOSSIER%20BENZODIAZEPINAS.pdf.

22. **Uvier G, I**ntoxicación por Benzodiazepinas. [En línea] 2010. Disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Intoxicaciones/Intoxicacion_por_benzodiacepinas.pdf.

23. **Organizacion Panamericana de la Salud** *el tabaco y las adolescentes: tendencias actuales.*. Washington : s.n., 1999.

24. **Secades R, Hernandez R,** *consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes.*. Oviedo : Universidad de Oviedo, 2007.

25. **Kristelle M.** *Relationships between substance use, mental health problems, and involvement in school-based extracurricular activities among high school students.* University of South Florida Scholar Commons. 2010.

26. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Cuarta. 1994.

27. **Organización Mundial de la Salud.** Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10. Décima Edición. 2000.

28. **Rodriguez P, Santamaria T, Quintana F,** *Trastornos del comportamiento guía didáctica.* [ed.] Gobierno de Canarias Servicio de Promoción de la Salud. España : s.n., 2010.

29. **Vega JL**, *Trastornos Disociales en la Adolescencia, Estudio de su incidencia en la Comunidad de Madrid*.**.** Madrid : s.n., 2002, Centro de Investigación y Documentación sobre los Derechos de la Niñez y Adolescencia.

30. **Ibor MI,** *Salud Mental y Desarrollo Infatil: Los trastornos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia.* Madrid : El Escorial, 2008.

31. **Perez G, Jiménez B,** *Influencia del Género en el Desarrollo de Trastornos de Conducta*.**.** Lorca : Interpsiquis, 2001, Vol. Décimo Segundo.

32. *Trastornos Graves de la Conducta: concepto, tipos y posible propuesta educativa.* **Diana, Bueno Amara.** Número 32, Jaen : Enfoques Educativos, 2010.

33. **Camacho JA** *Caracteristicas socioemocionales de los Adolescentes, Ajuste Psicológico y Aceptación del Sí Mismo*.**.** Número 2, Madrid : Bibliotecas Escolares de Madrid, 2008.

34. **Lázaro P,** *Autoafirmación social y Personal del Adolescente.* Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones, 2011.

35. **Eslava V,** *Aspectos Psicológicos del Adolescente con Cáncer.* Barcelona : Assion, 2010.

36. **Revilla L.** *Disfunción Familiar o crisis de Desarrollo en la Adolescencia*.**.** Número 2, Granada : Fundación para el Estudio de la Atención de la Familia, 2009.

37. **Camacho P, Leon C, Silva I,** *Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en Adolescentes*.**.** Perú : Revista Herediana, 2009, Vol. 2.

38. **Cárdenas A,** *Hábitos de estudio, ambiente familiar y su relación con el consumo de drogas en.* 2, Mexico : Universidad Veracruzana, 2009, Psicología y Salud,, Vol. 19, págs. 237-245.

39. **Barajas R, Vázquez V, Ramos AM, Herrera GM,** *Consumo De Droga(S) Y Aprovechamiento Escolar La Convivencia Y Sus Problemas; Microculturas Juveniles En La Escuela.* Mexico : s.n., 2007. Consejo Mexicano de Investigación Educativa.

40. **González SD, Guerra L, Díaz N, Arrellanez H ,***Adherencia escolar y consumo de drogas.*. Mexico : Informe de investigación no. 99-07, 1999, Dirección de Prevención, Centros de Integración Juvenil,.

41. **Díaz S,** *El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas.*. 1, Espana : s.n., 2009, Adicciones, Vol. 21, págs. 39-48.

42. **Martínez F, Pérez E,** *Programa para la prevención del consumo de drogas.* Granada : Nexus, 2010, Programa Nacional sobre Drogas, págs. 111-115.

43. **Saldaña C,** *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. *La Enseñanza Zaragoza.* [En línea] 2010. Disponible en: http://www.ciamariaz.com/milo/eso08/05grupo.pdf.

44. **Yuste MN,** *Adolescencia, Grupo De Iguales, Consumo De Drogas, Y Otras Conductas Problemáticas.*. Madrid : Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2003.

45. **Hidalgo V, Redondo R,** *Consumo de drogas en la adolescencia.*. Madrid : Pediatria Integral, 2005, Vol. IX.

46. **Mosquera JM, Galindo JA,** *Utilización Del Tiempo Libre Como Factor Protector Y De Riesgo Para El Consumo De Sustancias Psicoactivas En Jóvenes Afrodesplazados De La Ciudadela Tokio En Pereira.* Pereira : Universidad Tecnologica de Pereira, Facultad de Ciencias de la Salud, 2010.

47. **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.** *Adolescentes Y Jóvenes: Ocio Y Uso Del Tiempo Libre En España.* España : s.n., 2009.

48. **Rodríguez E, Megías I, Quirós J, Botella JN.** *jóvenes, tiempo libre y consumos de drogas. Modelos, vivencias y expectativas entre los jóvenes de Castilla-La Mancha.* Castilla-La Mancha : Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2009.

49. **Rodríguez JE,** *Jóvenes y videojuegos: Espacio, significación y conflictos.* Madrid : s.n., 2002.

50. **Comas D.** *Jóvenes y estilos de vida.* Madrid : FAD-INJUVE, 2003.

51. **Carsey Institute.** *Too Much Free Time: Coos County youth Who are Least Involved in Out-of-school activities are Most Likely to Use Drugs and alcohol.* New Ingland : University of New Hampshire, 2010.

52. **Guzmán J, Niebla C, Hernández L,** *Modelo Explicativo del bajo rendimiento escolar: Un estudio con adolescentes mexicanos..* 2, Mexico : Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa 2010, 2010, Vol. 3.

53. **Galicia M, Xóchitl I, Sánchez V, Robles O,** *Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar..* No9, Murcia, Espana : s.n., 2009, Anales de Psicologia, Vol. 25, págs. 227-240.

54. **Carvajal CV, Castillo GC,** *Soledad en la adolescencia: análisis del concepto..* Num 3, Colombia : Redalyc, 2009, Vol. 9.

55. **Weissmann P,** *Adolescencia.* Mar del Plata : Revista Iberoamericana de Educación, 2009.

56. **Dubow EF, Boxer P & Rowell H,** *Childhood and adolescent predictors of early and middle adulthood alcohol use and problem drinking:the Columbia County Longitudinal Study..* No1, Michigan : s.n., 2008, Addiction, Vol. 103, págs. 36-47.

57. **Alcohol and Drug Abuse Division Minnesota Department of Human Services.** *Drug and Alcohol Abuse in Minnesota:A Biennial Report to the 2009 Minnesota Legislature.* Minnesota : s.n., 2009.

58. **Calafat A, Amengual M, Palmer A, Sabila C.** *Drug use and its relationship to other behavior disorders and maladjustment signs among adolescents.* s.l. : Drug use and its relationship to other behavior disorders and maladjustment signs among adolescents, 1997, Vol. 32.

59. **Moss HB,** *Substance abuse and associated psychosocial problems among Argentina adolescents: sex heterogeneity and familial transmission..* Argentina : Drug Alcohol Depend, 1998, Vol. 52.

60. **Jalón C***, Investigaciones de la psicologia sus conceptos moderno..* Madrid : Universidad confluence de Madrid, 2003.

61. **Atkinson & Hilgard´s,.** Introducción a la Psicología. s.l. : Thomson, 2003, Vol. 14, pág. 417.

62. **Zamora ML, Metgé BA, Fernández RG,** *Los trastornos de la personalidad en consumidores de drogas..* Bilbao : Congreso de la sociedad Grafológica de Euskadi, 2002.

63. **Navarro IG, Villaseñor SJ,** *Los trastornos de la personalidad y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias.***.** 11, s.l. : Revista digital Universitaria, 2005, Vol. 6.

64. **Fantin MB,** *Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados.* [ed.] el Alcoholismo y las otras toxicomanias Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol. num 3, Palma de Mallorca : Redalyc, 2006, Vol. 18.

65. **Naciones Unidas.** *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas.* New York : s.n., 2003.

66.**Chisolm DJ, Kelleher K,** *La admisión a hospitales de atención aguda para los adolescentes el uso indebido de sustancias: un análisis descriptivo nacional.* 17, Ohio : BioMed Central, 2006, Substance Abuse Treatment - Prevention - and Policy, Vol. 1.

67. **World Health Organization.** *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS.* Ecuador : s.n., 2008.

68. **Hernández T, Roldán J, Jiménez A, Mora C, Escarpa D, Pérez MT,** *La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático.* **.** No 3, Madrid : s.n., 2009, Intervención Psicosocial, Vol. 18, págs. 199-212.

APÉNDICE

DUSI
(Drug Use Screnning Inventory)

Librillo de preguntas

AREA I: TC
(Contesta considerando siempre lo que te pasó en el último año)

1. ¿Discutías con frecuencia?

2. ¿Fanfarroneabas con frecuencia?

3. ¿Molestabas o le hacías daño a los animales?

4. ¿Gritabas mucho?

5. ¿Has sido muy testarudo?

6. ¿Has desconfiado de los demás?

7. ¿Renegabas o utilizabas con frecuencia malas palabras (puteas mucho)?

8. ¿Embromabas o jodías mucho a los demás?

9. ¿Tenías mal carácter?

10. ¿Has sido muy tímido?

11. ¿Amenazabas con lastimar a la gente?

12. ¿Hablabas más fuerte que los demás chicos o chicas de tu edad?

13. ¿Te enojabas con facilidad?

14. ¿Solías hacer cosas sin antes pensar en las consecuencias?

15. ¿Hacías cosas riesgosas o peligrosas frecuentemente?

16. ¿Te aprovechabas de los demás?

17. ¿Te sentías enojado/a con mucha frecuencia?

18. ¿Pasabas solo/a la mayor parte de tu tiempo libre?

19. ¿Has sido muy solitario/a en este último año?

20. ¿Eras muy sensible a las críticas?

21. Tus modales, ¿son mejores en un restaurante que en tu casa?

AREA II: AUS
(Contesta considerando siempre lo que te pasó en el último año)

22. ¿Le caías mal a los chicos/as de tu edad?

23. En general, ¿Te sentías desconforme en cómo te desempeñabas en las actividades que tenías con tus amigos/as?

24. ¿Te resultaba difícil hacer amigos/as en un grupo nuevo?

25. ¿La gente se ha aprovechado de ti en el último año?

26. ¿Tenías miedo de defender tus derechos?
27. ¿Te era muy difícil pedir ayuda a los demás?

28. Durante el último año, ¿eras fácilmente influenciado/a por otros muchachos/as?

29. ¿Preferías relacionarte con muchachos/as mucho mayores que tú?

30. ¿Te preocupabas por cómo iban a afectar a los demás tus acciones?

31. ¿Tenías dificultades en defender tus opiniones?

32. ¿Tenías dificultades en decirle "no" a la gente?

33. ¿Te sentías incómodo/a si alguien te hacía un cumplido?

34. ¿La gente te veía como una persona poco amigable?

35. ¿Evitabas mirar a los ojos a las personas cuando hablabas con ellas?

36. ¿A veces tu estado de ánimo es cambiante?

AREA III: DF
(Contesta considerando siempre lo que te pasó en el último año)

37. ¿Algún miembro de tu familia (madre, padre, hermanos o hermanas) ha utilizado marihuana o cocaína?

38. ¿Algún miembro de tu familia ha tomado alcohol al punto de causar problemas en tu casa, en el trabajo o con los amigos?

39. ¿Ha sido detenido por la policía algún miembro de tu familia?
40. ¿Tenías discusiones frecuentes con tus padres en las que se terminaba a los gritos y llorando?

41. En tu familia, ¿muy rara vez se hacían cosas estando todos juntos?

42. ¿Tus padres desconocían las cosas que te gustaban y las que no te gustaban?

43. Durante el último año, ¿en tu casa faltaron reglas claras sobre lo que se podía o no se podía hacer?

44. ¿Tus padres desconocían lo que realmente pensabas o sentías sobre las cosas para ti eran importantes?

45. En el último año, ¿tus padres discutían mucho entre sí?

46. ¿Tus padres frecuentemente desconocían dónde estabas y que hacías?

47. En el último año, ¿tus padres estaban mucho tiempo fuera o lejos de su casa?

48. ¿Has sentido que tus padres se despreocupaban o desinteresaban de ti?

49. ¿Estabas desconforme con tus condiciones de vida?

50. ¿Te sentías en peligro en tu casa?

51. ¿Alguna vez te enojaste con tus padres?

AREA IV: RES
(Contesta considerando siempre lo que te pasó en el último año)

52. ¿Te disgustaba ir al colegio?

53. ¿Tenías dificultades para concentrarte en el colegio o mientras estudiabas?
54. En el último año, ¿tus notas estaban por debajo del promedio de los demás compañeros?

55. ¿Faltabas al colegio más de dos veces al mes?

56. ¿Faltabas mucho al colegio?

57. ¿Has pensado seriamente en abandonar tus estudios?

58. ¿Dejabas de hacer los deberes con frecuencia?

59. ¿Te sentías con sueño estando en clase?

60. ¿Llegabas tarde a clase con frecuencia?

61. ¿Este año tienes diferentes amigos/as en el colegio que el año pasado?

62. ¿Te sentías irritado, enojado o caliente mientras estabas en el colegio?

63. ¿Te aburrías mucho en el colegio?

64. Durante el último año, ¿tus notas en el colegio eran peores de lo que solían ser?

65. ¿Te sentías en peligro en el colegio?

66. ¿Has repetido algún año?

67. ¿Sentías que no eras bienvenido en los grupos del colegio o en las actividades que hacían fuera de clase?

68. ¿Has faltado o llegado tarde a clase a causa del alcohol o de las drogas?

69. ¿Has tenido problemas en el colegio debido al alcohol o a las drogas?
70. ¿Ha interferido el alcohol o las drogas con los deberes o con tus actividades en el colegio?

71. ¿Te han suspendido en el colegio?

72. ¿Alguna vez evitas hacer las cosa que tienes que hacer?

AREA V: PGA
(Contesta considerando siempre lo que te pasó en el último año)

73. ¿Alguno de tus amigos tomaba regularmente alcohol o drogas?

74. ¿Alguno de tus amigos vendía o le daba drogas a otros chicos/as o amigos/as?

75. ¿Alguno de tus amigos copiaba en los pruebas del colegio?

76. ¿A tus padres les disgustaban tus amigos/as?

77. ¿Alguno de tus amigos/as ha tenido problemas con la ley?

78. Durante el último año, ¿la mayoría de tus amigos/as eran mayores que tú?

79. ¿Tus amigos/as faltaban mucho al colegio?

80. ¿Tus amigos/as se aburrían o querían irse en las reuniones o fiestas donde no había alcohol?

81. ¿Tus amigos/as llevaban alcohol o drogas a las reuniones o fiestas?

82. ¿Tus amigos/as han robado algo de una tienda o han dañado alguna cosa o propiedad a propósito?

83. Durante el último año ¿pertenecías a alguna banda o pandilla?

84. ¿Te molestaban los problemas que estabas teniendo con algún amigo/a?

85. ¿Te faltaba algún amigo/a en quien confiar?

86. En comparación con la mayoría de los muchachos/as, ¿tenías pocos amigos?

87. ¿Alguna vez te han propuesto hacer algo que tu no querías hacer?

AREA VI: UTL
(Contesta considerando siempre lo que te pasó en el último año)

88. En comparación con la mayoría de los chicos/as, ¿tú haces menos deportes?

89. ¿Salías a divertirte sin permiso durante alguna/s noches en la semana?

90. En un día entre semana, ¿mirabas más de dos horas de TV?

91. ¿Estaban tus padres ausentes en la mayoría de las reuniones o fiestas a las que solías ir?

92. ¿Haces menos ejercicio que la mayoría de los muchachos/as que conoces?

93. ¿Pasabas tu tiempo libre dando vueltas por ahí o en la calle con tus amigos/as?

94. ¿Te aburrías la mayor parte del tiempo?

95. En tus horas de diversión o de tiempo libre, ¿hacías muchas cosas solo/a?

96. ¿Tomabas alcohol o drogas para divertirte?

97. ¿En comparación con la mayoría de los muchachos/as, ¿tenías menos interés por las actividades al aire libre?

98. ¿Estabas poco satisfecho en la manera que utilizabas tu tiempo libre?

99. ¿Te sentías rápidamente cansado cuando te esforzabas en alguna actividad?

100. ¿Alguna vez compraste algo que no necesitabas?

AREA VII: SUD
(Contesta considerando siempre lo que te pasó en el último año)

101. Durante el último año, ¿has tenido un fuerte deseo de ingerir alcohol o tomar drogas al menos alguna vez?

102. ¿Has tenido la necesidad de usar más y más drogas para obtener el efecto que deseabas?

103. ¿Has sentido que no puedes controlar el uso que haces del alcohol o de las drogas?

104. ¿Te has sentido "enganchado" con el alcohol o las drogas?

105. ¿Has dejado de hacer algunas cosas que hacías o te gustaba hacer porque te has gastado tu dinero en las drogas o en el alcohol?

106. ¿Ibas contra las reglas sociales o familiares o tuviste problemas con la ley porque habías tomado mucho alcohol o drogas?

107. ¿Cambiabas rápidamente tus estados de ánimo (por ejemplo, de estar muy alegre a estar muy triste) por causa de las drogas?

108. ¿Tuviste algún accidente de tránsito luego de tomar alcohol o drogas?

109. ¿Has lastimado accidentalmente a alguien o a ti mismo/a luego de tomar alcohol o drogas?

110. ¿Has tenido alguna discusión o pelea seria con algún amigo/a o familiar a causa de su consumo de alcohol o drogas?

111. ¿Has tenido dificultades en tu relación con cualquiera de tus amigos debido al uso de alcohol o drogas?

112. ¿Has tenido "resacas" o "chuchaqui" después de tomar alcohol o drogas (por ej.: dolores de cabeza, náuseas, vómitos, temblores, etc.)?.

113. ¿Has tenido alguna dificultad para recordar lo que hiciste hizo bajo los efectos del alcohol o las drogas?

114. ¿Te gustaba jugar a tomar mucho o competir con otros para ver quien tenía más resistencia al alcohol cuando ibas a reuniones o fiestas o aun en la calle?

115. ¿Tenías dificultades para descansar si consumías alcohol o drogas?

116. ¿Has mentido alguna vez?

ATENCION !!!!
Por favor vuelve a leer tus respuestas. Asegúrate de no dejar ninguna sin contestar.

Muchas gracias

POR FAVOR COMPLETA ESTE CUADRO CONSIDERANDO SIEMPRE EL ULTIMO AÑO CUALES DE ESTAS SUSTANCIAS HAS CONSUMIDO
(Marca con una X el casillero que corresponda a la sustancia y su frecuencia de consumo)

SUTANCIAS	NO CONSUME	EXPERIMENTAL / RECREACIONAL 1-2 VECES EN EL MES	OCASIONAL 3-9 VECES EN EL MES	HABITUAL 10-20 VECES EN EL MES	COMPULSIVO / INVETERADO MAS DE 20 VECES EN EL MES
Alcohol					
Tabaco					
Estimulantes - energizantes					
Tranquilizantes (sin receta médica)					
Inhalantes					
Marihuana					
Cocaína					
Heroína					
Crack					
Anfetaminas					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DUSI (Drug Use Screnning Inventory)

¿Cuál es el propósito de este estudio? El propósito de este estudio es conocer la relación entre consumo de drogas y rendimiento escolar, como también los factores asociados al consumo de drogas tanto legales como ilegales, entre estos el uso del tiempo libre, autoafirmación social, alteración de la conducta y presión de amigos.

¿Qué me pedirán que haga? Se le pedirá completar una encuesta en papel con un esferográfico.

¿Hay algún riesgo para mí? No hay ningún riesgo conocido en responder a este cuestionario.

¿Cuáles son los beneficios? Con la información recibida en este estudio se podrá planificar programas de prevención en consumo de drogas tanto legales como ilegales en adolescentes, para lograr un desarrollo integral de cada uno, libre del consumo de sustancias.

¿Cuánto tiempo me tomará? El tiempo para completar la encuesta puede variar y tarda unos 60 a 70 minutos en completarse.

¿A quién puedo contactar si tengo preguntas sobre el estudio? Por favor, póngase en contacto con los Doctores Diego Vinueza **cel** 089487885, **email** dfvinueza@gmail.com y Jaime Rhon **cel** 084535796, **email** primotrek@gmail.com con cualquier pregunta, queja o preocupación acerca del estudio.

¿Se mantendrá mi información privada y confidencial? Sí. El cuestionario no le pide ningún dato que le identifique. Los datos serán guardados en una base de datos codificada y segura. Sólo los investigadores aprobados para este proyecto tendrán acceso a los datos. La Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador pueden revisar los documentos relacionados con este estudio científico. En el caso de que se haga una publicación o presentación como resultado de esta investigación, no habrá ningún dato que le identifique.

¿Puedo cambiar de opinión si yo ya no quiero participar? El cuestionario es voluntario. Usted puede retirarse en cualquier momento.

Representante Legal _____
Nombre y Apellido

C.I. Representante Legal _____

Firma _____

Participante _____
Nombre y Apellido

C.I. Participante _____

Firma _____