



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA**

**PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN ADOLESCENTES CON  
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO POR USO DE  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN EL HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIO  
ENDARA DE LA CIUDAD DE QUITO, EN LOS MESES ENERO Y FEBRERO  
DEL 2020**

**Dra. MAGALY DENISSE CORNEJO VEGA**

**Directorde tesis DR. FREDDY CARRIÓN**

**Director metodológico ALEXIS RIVAS PhD**

## **DEDICATORIA**

*A mi familia, Andrés y Perlita, que son mi fortaleza y mi motivación cada día,  
quiero decirles que mientras estemos juntos todo es posible.*

*A mis padres, que gracias a su amor y apoyo incondicional me enseñaron a superar  
dificultades y a ser perseverante con mis sueños y metas.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A toda mi familia, por su apoyo infinito no solo en lo económico, también en lo emocional, por su amor incondicional que permitió aliviar y hacer más fáciles las dificultades.*

*A todos los médicos especialistas que aportaron con sus conocimientos, dedicación y fueron parte de mi formación.*

*Al Doctor Freddy Carrión y al Doctor Alexis Rivas por la ayuda brindada en la elaboración de este trabajo, por enseñarme el lado más sensible de la investigación.*

*Al Hospital Especializado Julio Endara, en especial a Yolanda, Marthita y Diego, por su compromiso y colaboración.*

*A mis amigas de toda la vida, que a pesar de la distancia supieron brindarme apoyo y ánimos.*

*A mis colegas, que compartieron conmigo este duro camino hasta esta meta tan anhelada, ¡lo logramos!!*

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	9
ABSTRACT .....	10
CAPÍTULO I .....	11
INTRODUCCIÓN .....	11
CAPITULO II.....	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Definición de Sustancia Psicoactiva - Droga de Abuso .....	13
2.1.1. <i>Clasificación de las Sustancias Psicoactivas</i> .....	13
2.2. Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	14
2.3. Factores de Riesgo y Factores de Protección del Consumo de Sustancias Psicoactivas .....	17
2.3.1. <i>Factor Individual</i> .....	17
2.3.2. <i>Factor Familiar</i> .....	19
2.3.3. <i>Factor Escuela</i> .....	20
2.3.4. <i>Factor Grupo de Iguales</i> .....	21
2.3.5. <i>Factor Ambiental o Comunitario</i> .....	22
2.4. Adolescencia como Etapa de Riesgo .....	24
2.5. Sociología y Consumo de Drogas.....	28
2.6. Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	30
2.7. Psicopatología Asociada al Trastorno por Uso de Sustancias .....	32
2.8. Percepción de la Enfermedad y del Riesgo del Consumo .....	33
2.8.1. <i>Estudios Internacionales</i> .....	35
2.8.2. <i>Estudios Nacionales</i> .....	39
2.9. Percepción de la Relación Médico Paciente.....	40
2.9.1. Empatía y Relación Médico Paciente.....	41
CAPÍTULO III .....	43
METODOLOGÍA.....	43
3.1 Justificación .....	43
3.2 Planteamiento del Problema de Investigación .....	44
3.3 Pregunta de Investigación.....	45
3.4. Objetivos.....	45

3.4.1 <i>Objetivo General</i> .....	45
3.4.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....	45
3.5 <i>Estrategia y Metodología</i> .....	46
3.5.1. <i>Tipo de Estudio</i> .....	46
3.5.2. <i>Muestra</i> .....	46
3.5.3. <i>Perfil del Hospital Especializado Julio Endara</i> .....	46
3.5.4. <i>Criterios de Selección</i> .....	47
3.5.4.1 <i>Criterios de Inclusión.</i> .....	47
3.5.4.2. <i>Criterios de Exclusión.</i> .....	48
3.5.5. <i>Procedimiento General de Recolección de Información</i> .....	48
3.5.6. <i>Investigación Cuantitativa</i> .....	49
3.5.6.1. <i>Selección de informantes.</i> .....	49
3.5.6.2. <i>Instrumentos.</i> .....	49
3.5.6.3 <i>Procesamiento de información y análisis de datos</i> .....	50
3.5.6.4. <i>Operacionalización de variables: Perfil Sociodemográfico</i> .....	51
3.5.7. <i>Investigación Cualitativa</i> .....	53
3.5.7.1. <i>Selección de informantes.</i> .....	53
3.5.7.2. <i>Instrumentos.</i> .....	54
3.5.7.3 <i>Procesamiento de Información y Análisis de Datos</i> .....	55
3.5.7.4. <i>Variables Cualitativas</i> .....	56
3.5.8. <i>Aspectos Bioéticos</i> .....	58
3.5.9. <i>Limitantes de la Investigación</i> .....	58
CAPÍTULO IV .....	60
RESULTADOS .....	60
4.1. <i>Análisis cuantitativo</i> .....	60
4.1.1. <i>Resultados Univariados - Variables Sociodemográficas</i> .....	60
4.1.1.1. <i>Edad, Sexo y Nivel Educativo.</i> .....	60
4.1.1.2. <i>Tipo familiar, Historia Familiar de Consumo, Ingreso Económico Familiar.</i> .....	61
4.1.1.3. <i>Tipo de Sustancia Psicoactiva, Comorbilidad y Tratamiento.</i> .....	62
4.1.1.4. <i>Parentesco, Edad y Nivel Educativo del Cuidador</i> .....	63
4.1.1.5. <i>Número de Compromisos, Número de Hijos y Ocupación del Cuidador.</i> .....	64
4.2. <i>Análisis Cualitativo</i> .....	65
4.2.1. <i>Identificación y Categorización</i> .....	65
4.2.2. <i>Resultados de las Historias de Vida</i> .....	66

4.2.3. <i>Análisis de las Historias de Vida</i> .....	70
4.2.4. <i>Indicadores Cualitativos</i> .....	71
4.2.5. <i>Definición de Categorías Utilizadas para la Integración de Información</i> .....	72
4.3. <i>Análisis Etnográfico</i> .....	73
4.3.1 <i>Percepción de los Adolescentes y sus Cuidadores con Respecto al Trastorno por Uso de Sustancias</i> .....	73
4.3.1.1 <i>“Mi consumo no es enfermedad”</i> .....	73
4.3.2. <i>Pilares de Vida Social de los Adolescentes con Trastorno Mental y de Comportamiento por Uso de Sustancias</i> .....	80
4.3.2.1. <i>“La pegaba a mi hija hasta cansarme, me daba iras que se apegaba más a su padre que a mi”</i> .....	80
4.3.2.2 <i>“Mis amigos conocen todas las drogas, lo que hacía con ellos era drogarme, a cualquier hora”</i> .....	86
4.3.2.3 <i>“Empecé a llevarme con gente de la calle, ellos formaron una pandilla y yo me hice parte de ella”</i> .....	88
4.3.3.1. <i>“Me drogaba con gente de la calle, todo empezó cuando la mamá de una amiga del colegio me ofreció drogas”</i> .....	93
4.3.3.2. <i>“Yo consumo por no querer estar en la realidad, para desaparecer, porque la realidad no es tan divertida”</i> .....	95
4.3.3.3. <i>“Lo conseguía mediante de “dies” o “brujas”, así se les dice a los que venden”</i> 97	
4.3.3.4. <i>“Para consumir a veces le robaba a mi mamá, vendía mi ropa y me prostituía”</i> 100	
4.3.3.5. <i>“Yo no puedo estar atrás de ella todo el tiempo, no puedo”</i> .....	102
4.3.4. <i>“Quiero beber hasta que un carro me atropelle o hasta que me pase algo”</i> .....	107
4.3.5. <i>“Yo sé lo que he perdido por las drogas, pero no puedo dejarlas”</i> .....	110
4.3.6. <i>“Si tuviera la oportunidad de retroceder el tiempo, les diera más cariño a mis hijos”</i> .....	114
CAPÍTULO V.....	119
CONCLUSIONES .....	119
RECOMENDACIONES .....	124
CAPÍTULO VI .....	128
BIBLIOGRAFÍA .....	128
CAPÍTULO VII.....	139
GLOSARIO .....	139
ANEXOS.....	140

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas .....	23
Tabla 2. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias	31
Tabla 3. Universo y selección de informantes.....	49
Tabla 4. Variables Cuantitativas.....	51
Tabla 5. Universo y selección de informantes.....	53
Tabla 6. Variables etnográficas cualitativas.....	56
Tabla 7. Perfil Sociodemográfico: edad, sexo y nivel educativo. ....	60
Tabla 8. Perfil Sociodemográfico: tipo familiar, historia familiar de consumo, ingreso económico familiar. ....	61
Tabla 9. Perfil Sociodemográfico: tipo de sustancia psicoactiva, comorbilidad y tratamiento.....	62
Tabla 10. Perfil Sociodemográfico: parentesco, edad y nivel educativo del cuidador. ....	63
Tabla 11. Perfil Sociodemográfico: número de compromisos, número de hijos y ocupación del cuidador. ....	64
Tabla 12. Identificadores de sujetos informantes .....	65
Tabla 13. Historias de Vida de los Informantes .....	66
Tabla 14. Categorías utilizadas para la integración de información.....	72

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Indicadores cualitativos.....	71
Figura 2. Percepción Enfermedad. <i>Identidad, dimensión y control</i> .....	74
Figura 3. Factores que inciden en la percepción del riesgo del consumo .....	79
Figura 4. Pilares de vida social: <i>Familia</i> . .....	81
Figura 5. Características del hogar de los adolescentes con trastornos por uso de sustancia .....	85
Figura 6. Pilares de vida: <i>Escuela</i> .....	86
Figura 7. Pilares de vida: Otros grupos sociales.....	89
Figura 8. Pilares sociales de vida del adolescente y su influencia en comportamientos de riesgo.....	91
Figura 9. Trayectoria de consumo. ....	93
Figura 10. Motivo de consumo.....	96
Figura 11. Provisión de consumo. ....	98
Figura 12. Riesgos y peligros del consumo.....	100
Figura 13. Sistemas de ayuda. ....	103
Figura 14. Características del consumo de sustancias psicoactivas.....	105
Figura 15. Psicopatología asociada al consumo. ....	107
Figura 16. Psicopatología asociada al consumo .....	109
Figura 17. Proyectos y expectativas.....	111
Figura 18. Visión de futuro de adolescentes con trastorno por uso de sustancias psicoactivas.....	113
Figura 19. Curso de vida. ....	114
Figura 20. Factores relacionados con las proyecciones y expectativas de vida .....	117

## RESUMEN

El consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes es uno de los problemas más frecuentes en esta época, la adolescencia es considerada una etapa de riesgo debido a que son más vulnerables al consumo de sustancias, al tener una identidad en formación y un ajuste psicosocial en desarrollo, además los factores familiares y sociales juegan un papel importante al actuar como potenciadores o inhibidores del consumo.

**Objetivo:** Describir y Analizar la percepción de la enfermedad en adolescentes con trastornos mentales y de comportamiento por uso de sustancias psicoactivas.

**Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo en el cual participaron 12 jóvenes de 14 a 19 años con trastornos mentales y de comportamiento por uso de sustancias psicoactivas que estuvieron hospitalizados y además a los que hicimos encuentro domiciliario, cabe mencionar que se tomó en cuenta a los cuidadores dentro del estudio. Se escogió el total del universo para realizar entrevistas semiestructuradas durante los meses de Enero y Febrero del 2020. Se realizó un total de 6 historias de vida, que nos proporcionó mayor pluralidad y diversidad de información.

**Resultados:** La mayoría de las familias están desestructuradas, en cuanto a la tipología familiar el 41,7% pertenecen a familias monoparentales con progenitor madre, seguido de familias reconstituidas (con padrastro) con el 25%, además son familias disfuncionales al estar inmersos en un clima caótico representado por el maltrato intrafamiliar. Existieron otros eventos negativos, como conductas sexuales inapropiadas (acoso y abuso sexual) realizado por miembros familiares (padres, hermanos y tíos). El 58,3% (n=7) de los adolescentes iniciaron su consumo entre los 13 a 15 años de edad, el policonsumo fue evidente en la gran mayoría. Los riesgos y peligros asociados al consumo fueron la delincuencia, violencia, prostitución, microtráfico y abandono escolar.

**Conclusión:** Las creencias y actitud de los/as adolescentes respecto al consumo afecta su percepción de riesgo, los jóvenes con baja percepción del riesgo asumen mayores riesgos, por lo que se estima que mientras menor es la percepción del riesgo mayor es el consumo.

**Palabras claves:** Adolescencia, Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, drogas de abuso, percepción.

## ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances in adolescents is one of the most frequent problems at this time; adolescence is considered a stage of risk because they are more vulnerable to substance use, having a developing identity and a developing psychosocial adjustment. Furthermore, family and social factors play an important role by acting as enhancers or inhibitors of consumption.

**Objective:** To describe and analyze the perception of the disease in adolescents with mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances.

**Methodology:** A qualitative study was carried out in which 12 young people from 14 to 19 years old with mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances who were hospitalized and also those who had a home meeting participated, it is worth mentioning that the caregivers within the study. The total of the universe was chosen to carry out semi-structured interviews during the months of January and February of 2020. A total of 6 life stories were carried out, which provided us with more plurality and diversity of information, indicators and categories were obtained for better analysis and understanding of the study.

**Results:** Most families are unstructured, in terms of family typology, 41.7% belong to single-parent families with a mother parent, followed by reconstituted families (with stepfather) with 25%, and they are also dysfunctional families as they are immersed in a chaotic climate represented by intra-family abuse. There were other negative events, such as inappropriate sexual behaviors (sexual harassment and abuse) carried out by family members (parents, siblings and uncles). 58.3% (n = 7) of the adolescents began their consumption between 13 to 15 years of age, polyconsumption was evident in the vast majority. The risks and dangers associated with consumption were crime, violence, prostitution, micro-trafficking, and dropping out of school.

**Conclusion:** The beliefs and attitude of adolescents regarding consumption affects their perception of risk, young people with low perception of risk assume greater risks, so it is estimated that the lower the perception of risk, the greater the consumption.

**Key words:** Adolescence, Psychoactive substance use disorders, drugs of abuse, perception.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

El consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes se presenta como una de las conductas de riesgo con efectos más devastadores en el desarrollo del individuo. En esta etapa son más vulnerables al consumo de sustancias, debido a una identidad en formación y un ajuste psicosocial en desarrollo, todo ello unido a las fluctuaciones de los estados de ánimo y la tendencia hacia la búsqueda de sensaciones, los hace más receptivos ante el inicio del consumo experimental y el mantenimiento apoyado por la función recreativa de las sustancias. (Molero, Pérez, Gázquez& Barragán, 2017)

De acuerdo a los informes del Consumo de Drogas en las Américas del 2019 existe un aumento del consumo de marihuana a edades cada vez más tempranas e informan que al menos el 20% de estudiantes de 8vo grado han consumido marihuana en algún momento, mientras que la percepción del riesgo asociado a su consumo está disminuyendo en la población general.

El consumo de sustancias psicoactivas tiene un impacto en la salud, la economía, el rendimiento académico, la convivencia familiar y social del individuo consumidor. (Espinosa, Hernández, Cassianib, Cubides& Martínez, 2016)

La mayor parte de los estudios sobre Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas tratan sobre criterios diagnósticos, clasificación y sobre el tratamiento, son menos los estudios realizados desde una perspectiva psicológica, que nos permita identificar la percepción que tienen los adolescentes y sus cuidadores, sobre su enfermedad.

Explorar la percepción de la enfermedad nos permite conocer la forma en que un paciente percibe su condición, lo que nos puede ayudar a comprender su comportamiento, su adaptación, respuesta emocional a su enfermedad y como esto influye en su respuesta y adherencia al tratamiento.

Esta percepción puede compartirse, sintetizarse o contraponerse, entre los involucrados: el paciente, el médico, los familiares y la sociedad. Su análisis se vuelve una alternativa para establecer una mejor relación médico paciente, sin eliminar las creencias del afectado, más bien fomentando la comunicación entre ambos.(Vargas, 2014)

El alto consumo de drogas que inician en esta etapa, se ha vuelto uno de los problemas de salud más importantes que enfrenta la sociedad mundial en nuestra época. (Vinet, Faúndez&Larraguibel, 2009)

Es por este motivo que me he propuesto analizar y describir la percepción de la enfermedad en un grupo humano muy vulnerable a comportamientos de riesgo, como lo es el adolescente. La investigación fue realizada en el Hospital Especializado Julio Endara, en la ciudad de Quito, durante el periodo de Enero y Febrero del 2020.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Definición de Sustancia Psicoactiva -Droga de Abuso

Las sustancias psicoactivas son las que tienen la facultad de modificar las funciones mentales: el proceso del pensamiento, el nivel de conciencia, el estado de ánimo, las percepciones o la conducta. Estas difieren según su estatus legal. Algunas son utilizadas como medicamentos: para aliviar el dolor (opioides), para facilitar el sueño (benzodiacepinas), para aliviar los trastornos del estado de ánimo (antidepresivos) o para tratar los procesos psicóticos (neurolépticos). Otras son de uso ilegal ya que, bajo el amparo de convenciones internacionales, se ha prohibido su consumo: heroína, cocaína, cannabis. Otro tipo de consumo es legal, para una gran variedad de propósitos no médicos: nicotina, caféina, alcohol. (Sopelana, 2007).

El término droga de abuso define mejor lo que coloquialmente entendemos como droga: “sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas”. Así, la diferencia entre una droga y un fármaco no viene dada por criterios farmacológicos, químicos o médicos, sino por dos pequeños matices de tipo instrumental y social: el que sea el propio individuo quien se administra la sustancia sin prescripción médica y que el objetivo sea distinto al de la curación de una patología. (Caudevilla, 2012)

##### 2.1.1. Clasificación de las Sustancias Psicoactivas

Siguiendo a Molina Prado, 2013, las sustancias psicoactivas se clasifican según sus efectos sobre el sistema nervioso central debido a su simplicidad didáctica:

- **Drogas depresoras:** las sustancias depresoras del sistema nervioso central son aquellas que atenúan o inhiben los mecanismos cerebrales de la vigilia y pueden producir distintos grados de inactivación, desde relajación, sedación y somnolencia,

hasta hipnosis, anestesia y coma, dependiendo de la dosis. Algunas drogas, además, tienen efectos específicos, como la producción de anestesia. Las más frecuentes serían alcohol, ansiolíticos, opiáceos e hipnosedantes.

- **Drogas estimulantes:** son sustancias que producen euforia que se manifiesta con bienestar y mejoría del humor, aumento de la energía y del estado de alerta, así como un aumento de la actividad motriz y una estimulación del sistema cardiovascular. Produciéndose una mejora del rendimiento intelectual y una disminución de la sensación subjetiva de fatiga y apetito. Se asocian a aumento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial y midriasis. Estimulantes mayores serían la cocaína y anfetaminas y, estimulantes menores, la nicotina y la cafeína.
- **Psicodislépticos:** son drogas perturbadoras de la conciencia, también llamadas alucinógenas. Alteran la percepción de la realidad, producen sensaciones extrañas, ilusiones e incluso alucinaciones visuales y auditivas. Ejemplos son: hongos alucinógenos, LSD (dietilamida del ácido lisérgico), cannabis.

Sin embargo, existen diversas sustancias muy utilizadas en la actualidad que presentan características de varios grupos, esto se ve con frecuencia en las drogas de síntesis, el MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) es, a la vez, estimulante y alucinógena y la ketamina es depresora y alucinógena.

## **2.2. Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas**

A nivel mundial, se estimó que un total de 246 millones de personas o 1 de cada 20 personas entre las edades de 15 y 64 años, habían usado una droga ilícita en 2013. La magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente al considerar que 1 de cada 10 usuarios de drogas, es un usuario problemático de drogas que padece trastornos por consumo de drogas o dependencia de drogas. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015)

Reportes internacionales realizados en escuelas de educación secundaria indican que hasta 46% de los estudiantes de uno y otro sexo consumen sustancias de abuso; el alcohol, la marihuana y los inhalables son las sustancias de mayor consumo por este grupo de edad; además, se reporta que hasta 12% de éstos reúnen criterios de dependencia. (Tena, Castro, Marín & Gómez, 2018)

El consumo de alcohol varía ampliamente en la población general de las Américas; en 23 de los 31 países que tienen datos sobre estudiantes de enseñanza secundaria, al menos el 20% de estos estudiantes informan haber consumido una bebida alcohólica en el último mes. Cuando consideramos el consumo excesivo de alcohol como un comportamiento de alto riesgo, más de la mitad de los estudiantes de enseñanza secundaria que informaron haber consumido alcohol durante el último mes, participaron en el consumo excesivo de alcohol. Este fenómeno sigue siendo constante en todos los países, independientemente de la prevalencia del consumo de alcohol. Otro hallazgo notable es la similitud en los niveles de consumo de alcohol entre hombres y mujeres. (Hynes., 2019)

En la población de estudiantes de enseñanza secundaria, la mayoría de los países con datos de tendencias disponibles, muestran aumentos en el consumo de cannabis, aunque las tendencias de la cocaína son más variadas en este grupo de edad. Existe un aumento del consumo de marihuana a edades cada vez más tempranas e informan que al menos el 20% de estudiantes de octavo grado han consumido marihuana en algún momento, mientras que la percepción del riesgo asociado a su consumo está disminuyendo en la población en general. El tabaco parece ser la única sustancia que muestra disminuciones sistemáticas en el uso a lo largo del tiempo. (Hynes., 2019)

En cuanto a las vulnerabilidades en diversos grupos de edad, el informe señala que los daños asociados al consumo de drogas son mayores en los jóvenes, en comparación con las personas adultas. Las investigaciones sugieren que el periodo de la adolescencia temprana (12-14 años) a la tardía (15-17 años) es de alto riesgo para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, el cual puede alcanzar su pico más alto en la juventud (18-25 años). La marihuana es una droga comúnmente elegida por los jóvenes. Sin embargo, el consumo

de sustancias en esta población difiere de un país a otro y depende de las circunstancias sociales y económicas. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018)

Las encuestas nacionales de drogas en América Latina han mostrado niveles significativos de uso de LSD, cannabinoides sintéticos, sustancias de origen vegetal y ketamina entre la población general, así como entre los estudiantes de enseñanza secundaria y universitarios.(Hynes., 2019).

Si bien las mujeres pueden comenzar a consumir sustancias más tarde que los hombres, una vez que han iniciado, tienden a aumentar el consumo de alcohol, marihuana, cocaína y opioides más rápidamente que los hombres, generando trastornos.Las mujeres con desórdenes asociados al consumo de sustancias, reportan tener niveles elevados de estrés postraumático, como también haber experimentado adversidades en su niñez como negligencia física, maltrato o abuso sexual. (UNODC, 2018).

En el caso de los estudiantes de enseñanza secundaria, la prevalencia de consumo de drogas tiene mayor similitud en ambos sexos para el uso de alcohol e inhalables. Similar a la población general, hay mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre las mujeres escolares que entre los hombres en casi todos los países. En contraste, la cocaína y las cocaínas fumables tienden a ser más usadas por los hombres que por las mujeres. En unos pocos países, sin embargo, las mujeres consumen cocaína, PBC (pasta base de cocaína) y crack en mayor proporción que los hombres. Si bien los hombres siguen consumiendo tabaco y cannabis a tasas más altas que las mujeres, vemos que esta brecha de género se está cerrando en muchos países.(Hynes., 2019)

En Ecuador el consumo de drogas, evidencia un comportamiento diferenciado en función del territorio, grupo etario y género. Con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2012, la prevalencia mensual del consumo de alcohol y tabaco, dividida por grupos de edad, se concentra mayoritariamente en personas entre 20 y 59 años. Los datos muestran que el 41,3% de las personas encuestadas consumen alcohol y el 31,5% consumen tabaco. Por su parte, la prevalencia del consumo en personas entre 10 y 19 años

de edad, fue del 25,2% de alcohol y 28,4% de tabaco.

Según datos recabados en la Encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de 9no EGB, 1ro y 3ro de bachillerato, realizada entre noviembre y diciembre del 2016, se identifica que la edad promedio de inicio del consumo de drogas está entre 14 y 15 años de edad; la prevalencia anual del consumo de marihuana fue de 9,6% siendo el consumo en hombres de 13,2% y de 5,9% en mujeres. Por otra parte, la prevalencia anual de cocaína, pasta base y heroína en estudiantes fue del 2,3%, 2% y 2,5%, respectivamente. En el caso de la cocaína la prevalencia anual en hombres fue de 3,1% y en mujeres 1,4%. De igual manera, el consumo de pasta base y de heroína siguen la misma dinámica, con una mayor prevalencia en los hombres de 2,7% y 3,5% en comparación a las mujeres de 1,1% y 1,8% respectivamente. Estudios relacionados con el Índice de Concentración Territorial de Drogas, determinan que el fenómeno se centraliza en Guayaquil, Quito, Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas, mientras que el índice de Concentración Territorial de Alcohol, arroja que la problemática tiene una mayor presencia en Quito, Cañar, Azuay, Morona de Santiago, Pastaza, Chimborazo y Cotopaxi. (SETED, 2017)

### **2.3. Factores de Riesgo y Factores de Protección del Consumo de Sustancias Psicoactivas**

En general, se ha observado que, cada vez más, la atención de los investigadores se viene centrando en la interacción dinámica de los entornos sociales en los que participa y se desarrolla la vida del adolescente. Estos factores contextuales, familia, escuela y comunidad, así como los factores personales pueden actuar como potenciadores o inhibidores del consumo de drogas. (Sánchez, Villarreal, Ávila, Vera & Musitu, 2014)

#### **2.3.1. Factor Individual**

Los adolescentes que consumen drogas legales o ilegales tienen problemas individuales de personalidad como: baja competencia social (asertividad) ante la presión grupal y por la percepción de no sentirse amigables por otros. Además, problemas psicológicos como bajo autoconcepto emocional, académico y social, insatisfacción con la imagen corporal,

síntomas de depresión, ansiedad, tristeza, llanto, intento o pensamientos de suicidio, irritabilidad, etc. Así como problemas conductuales como desordenes de hiperactividad y déficit de atención, trastornos de alimentación, bajo rendimiento escolar, amenazar a personas, pleitos, robo y agresividad. (Díaz & Amaya, 2012)

La presencia de psicopatología psiquiátrica de base es un factor de riesgo y posible factor causal para la aparición de un trastorno por uso de sustancias (TUS). Las patologías que más se han asociado al consumo de tóxicos en adolescentes son los trastornos externalizantes: trastorno de conducta, trastorno negativista-desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad; frente a los trastornos llamados internalizantes, como los trastornos de ansiedad y afectivos. Pero ambos tipos de trastornos: externalizantes e internalizantes aparecen con una prevalencia de 2-3 veces mayor que en la población no consumidora. (Molina, 2013)

Además de la agresión interpersonal, comportamientos nocivos dirigidos contra sí mismo (por ejemplo, las ideas suicidas, intentos de suicidio, suicidios, etc.) también se asocian con trastornos psiquiátricos, con síntomas de internalización o externalización. Hay una gran cantidad de usuarios de alcohol y otras drogas que tienen trastornos mentales como comorbilidades. Esta asociación se ha investigado a través del tiempo, por lo que la comorbilidad entre los trastornos mentales y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias aumenta el riesgo de conducta violenta. Lo que demuestra la correlación importante entre la sintomatología de internalización, externalización, trastorno del uso de sustancias y problemas relacionados con el crimen y la violencia. (García et al, 2015)

En algunos estudios, las actitudes, creencias y valores de los adolescentes se han mostrado como predictores de la conducta de consumo. En este sentido, lo que el joven piensa sobre las drogas, las creencias acerca de sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimenta con ellas, arrojan un balance subjetivo positivo o negativo que determinará la ocurrencia o no del consumo. (Laespada, Iraurgi & Aróstegi, 2004)

### **2.3.2. Factor Familiar**

Las investigaciones realizadas en la estructura familiar como factor de riesgo para el consumo de drogas señalan que los adolescentes que se inician en el consumo de drogas legales o ilegales o que ya tienen problemas de abuso, son de familias que tienen un solo padre-madre y con divorcio y segundas nupcias. Sin embargo, no ejerce una influencia directa para el consumo de drogas en los adolescentes, sino que el consumo de drogas esta mediado por variables más importantes como la presencia de un ambiente familiar caracterizado de conflictos padres-hijos, problemas en la unión familiar: comunicación, actividades en conjunto y apoyo de los padres, estilos de crianza negativos, relaciones no afectivas hacia los hijo, falta de control parental, falta de supervisión, la presencia de disciplina punitiva o coercitiva, falta de cercanía de padres-hijos y actividades compartidas, con repercusiones negativas en las conductas de los niños (afectivos, desobediencia, agresión y aislamiento) y adolescentes (enfrentamiento negativo, depresión, frustración, falta de madurez psicosocial, agresión), que los lleva a presentar conductas delictivas y/o pertenencia de amigos con problemas conductuales y consumo de drogas. (Díaz & Amaya, 2012)

Con el aumento del número de divorcios como del de hogares monoparentales, la figura del padre ausente se refiere a aquellos padres que a consecuencia de una separación o divorcio tienen poco contacto con sus hijos o lo pierden completamente, es considerado que éste es el factor determinante para una gran variedad de problemas sociales. Sin embargo, en múltiples casos de separación y divorcio, los padres siguen desempeñando su papel a lo largo de la vida de sus hijos a pesar de no compartir el mismo hogar. Dicho de otro modo, la configuración del hogar puede no ser tan importante como la calidad de los cuidadores, la atención y el apoyo que los niños reciban de sus integrantes. (Giddens & Sutton, 2013)

Los hijos de padres alcohólicos tienen 3 veces más riesgo de ser alcohólicos y 2 veces más riesgo de ser drogodependientes que los hijos de padres no alcohólicos. Se ha observado que los hijos de alcohólicos presentan unos altos niveles de ansiedad y de problemas de conducta, tanto observables como encubiertos. Hay que recordar que los trastornos psiquiátricos mayores, como la ansiedad y los trastornos afectivos, así como los problemas

de conducta son factores de riesgo individuales para el consumo de drogas. Los padres que usan y abusan de las drogas pueden influir directamente en el riesgo de que sus hijos también las consuman. Este riesgo se incrementa cuando los padres involucran de uno u otro modo a sus hijos en su propio consumo de alcohol y otras drogas. (Martínez, 2001)

La influencia de la familia en el comportamiento de hijos, incluyendo las conductas problemáticas, viene avalada por décadas de investigación empírica, tal como recogen Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker & Gary (1999). En este sentido, las prácticas de crianza negativas pueden tener consecuencias muy importantes en el desarrollo de factores de riesgo de conductas problema como el consumo de drogas, la conducta sexual precoz o la conducta antisocial. (Orte, Ballester, Pozo & Vives, 2017)

Por el contrario, cuando en una familia las relaciones familiares son positivas con implicación y apego, resulta un factor de protección para el consumo de drogas. Un buen apego familiar puede contrarrestar otros factores de riesgo, especialmente si a través de la misma han internalizado ciertos valores y normas que llevan al rechazo de la sustancia. (Becoña, 2002)

### **2.3.3. Factor Escuela**

La escuela como agente socializador y educativo del adolescente, juega un papel importante en su adaptación psicosocial, pudiéndose convertir en una condición de riesgo o protección en relación con el consumo de sustancias. (Fernández, 2010)

Algunos estudios han señalado que un bajo rendimiento escolar, un mayor absentismo, una menor implicación y satisfacción en relación al medio, actitudes negativas hacia el profesorado y la vida académica, suelen encontrarse asociados al consumo de drogas y otras conductas desviadas como la delincuencia. (Laespada, Iraurgi & Aróstegi, 2004)

Herrero (2004) afirma, que es bastante habitual que también desde el centro escolar surjan actitudes de rechazo frente a los estudiantes más problemáticos, actitud que no facilita la integración de los mismos en el centro, sino que suele provocar un incremento de las

conductas de riesgo, un mayor rechazo hacia él mismo y hacia los estudios y un sentimiento de exclusión. (Fernández, 2010)

#### **2.3.4. Factor Grupo de Iguales**

También se los denomina “relación de pares” y es un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los jóvenes, ya que el grupo de compañeros va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los compañeros de similar edad e intereses. (Laespada, Iraurgi & Aróstegi, 2004)

Estos resultados también sugieren que un grupo de amigos más saludable protege a los jóvenes de involucrarse en actividades delictivas, como el uso de sustancias. Por lo tanto, los comportamientos de los amigos cercanos pueden actuar como una influencia de riesgo o protectora sobre la participación del consumo de cannabis. (Zaharakis et al, 2019)

Los jóvenes con perfiles de alto riesgo, con un mejor amigo que consume cannabis y que participan en actividades delincuentes, tienen más probabilidades de recibir ofertas para su consumo. (Burdzovic, J., Pape, 2015)

En este sentido, si el grupo muestra una actitud favorable al consumo de sustancias u otras conductas de riesgo, el adolescente adoptará también estas mismas reglas en su repertorio de conducta, suponiendo también un riesgo para el adolescente. (Fernández, 2010)

La experimentación con el cannabis puede ser considerado como un rito de iniciación y esto puede explicar los altos niveles reportados de presión de grupo, para usar cannabis. (Barrett & Bradley, 2016). El adolescente o la adolescente que comienzan a consumir en el grupo de amigos viven la sensación de acceder a algo prohibido, que escapa de la tutela de los padres o de otras figuras de autoridad y que proporciona la posibilidad de compartir nuevas experiencias con sus iguales, en lugares y horarios que hacen propios, por contraposición a los del mundo adulto (Fernández, 2010).

### **2.3.5. Factor Ambiental Comunitario**

La deprivación social y la desorganización comunitaria, que pueden estar especialmente presentes en los barrios marginales de las grandes ciudades, son variables que, aun siendo insuficientes para explicar el consumo de sustancias, se constituyen en facilitadores del mismo en presencia de otros factores de riesgo. Tanto una como otra suelen llevar asociadas una mayor probabilidad de que la persona se vea implicada en conductas delictivas y en el consumo de sustancias, que debido al entorno pueden llegar a cronificarse y convertirse en un estilo de vida, ligado en algunas ocasiones al desarrollo de una personalidad antisocial (Becoña, 2002).

El consumo juvenil de drogas se encuentra, no siempre, ligado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como discotecas, bares o pubs y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. La utilización que se hace del tiempo libre se relaciona con el riesgo de consumo de sustancias y se asocia con la asistencia a lugares de oferta y con la búsqueda inmediata de sensaciones nuevas y/o placenteras producidas por las drogas. (Maturana, 2011)

Ingerir una sustancia, como todo comportamiento, se produce y toma sentido en un determinado contexto social. En el nuestro, es manifiesta la presencia de tabaco y alcohol en lugares cercanos y accesibles y la incorporación de éstos en nuestro estilo de vida (celebraciones, actos sociales, etc.). La integración cultural de sustancias como el alcohol y la permisividad y aceptación social ejercida a través de actitudes y normas también explican un mayor uso de las mismas. (Laespada, Iraurgi & Aróstegi, 2004)

**Tabla 1. Factores de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas**

Según Hawkins et al. (1992)	Según Muñoz Rivas et al. (2000)
<p><b>INDIVIDUAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas</li> <li>- Problemas de salud mental</li> <li>- Abuso físico, sexual o emocional</li> </ul>	<p><b>INDIVIDUAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores genéticos</li> <li>- Factores biológico-evolutivos (sexo, edad)</li> <li>- Factores psicológicos: Depresión, Características de personalidad (Búsqueda de sensaciones, Personalidad antisocial)</li> <li>- Actitudes favorables hacia la droga</li> <li>- Ausencia de valores ético-morales</li> </ul>
<p><b>FAMILIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas</li> <li>- Divorcio o separación de los padres</li> <li>- Problemas de manejo de la familia</li> <li>- Bajas expectativas para los niños o para el éxito</li> </ul>	<p><b>FAMILIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estructura y composición familiar</li> <li>- Estatus socioeconómico familiar</li> <li>- Disciplina familiar</li> <li>- Relaciones afectivas y comunicación</li> <li>- Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas</li> </ul>
<p><b>IGUALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amigos que usan drogas</li> <li>- Actitudes favorables hacia el uso de drogas</li> <li>- Conducta antisocial o delincuente temprana</li> </ul>	<p><b>IGUALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asociación con compañeros consumidores</li> <li>- Identificación con grupos desviados</li> <li>- Rechazo por parte de los iguales</li> </ul>
<p><b>ESCUELA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carencia de cumplimiento de la política escolar</li> <li>- Poca dedicación a la escuela</li> <li>- Fracaso escolar o abandono de la escuela</li> <li>- Dificultades en el paso de uno a otro curso</li> </ul>	<p><b>ESCUELA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abandono escolar</li> <li>- Fracaso académico</li> <li>- Tipo y tamaño de la escuela</li> </ul>
<p><b>COMUNIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas</li> <li>- Carencia de una adecuada vinculación social</li> <li>- Deprivación económica y social</li> <li>- Disponibilidad de drogas (incluyendo alcohol y tabaco)</li> </ul>	<p><b>COMUNIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leyes y normas favorables hacia la conducta</li> <li>- Disponibilidad de la droga</li> <li>- Deprivación económica extrema</li> <li>- Lugar de residencia</li> <li>- Desorganización del barrio</li> </ul>

Adaptado de Becoña (2002)

En relación a los factores de protección siguiendo a Molina Prado 2013, se han propuestos los siguientes factores:

- Fuertes vínculos con la familia
- Disciplina familiar adecuada y normas claras de conducta dentro de la familia.
- Cercanía, apoyo emocional y trato cálido y afectuoso a los hijos.
- Altos niveles paternos de supervisión, control y apoyo a los hijos:
  - a) Conocimiento de las actividades y amigos de los hijos.
  - b) Conocimiento de los problemas, intereses y necesidades de los hijos.
  - c) Identificación de factores y situaciones de riesgo para el consumo de drogas.
  - d) Fortalecimiento de los vínculos con la escuela, potenciando el rendimiento académico y el reconocimiento de los progresos y logros escolares.
  - e) Desarrollo de autoestima.
  - f) Desarrollo de la competencia social y personal.
- Demostración de una conducta y una actitud preventiva frente al consumo de drogas por parte de los padres.
- Compañeros con valores convencionales.
- Participación en grupos deportivos, culturales, eclesiásticos, fijación de objetivos y aspiraciones actuales y futuras

#### **2.4. Adolescencia como Etapa de Riesgo**

Entendemos por adolescencia a la etapa del desarrollo humano que se inicia al finalizar la infancia con la pubertad y termina en la etapa adulta. Es considerado como un periodo evolutivo caracterizado por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; período de adaptación a cambios corporales y psicosociales que determinan una mayor independencia y afirman su identidad.

Es difícil establecer los límites cronológicos para este período; según los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, y comprende dos fases: la adolescencia

temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años). (Torres, Posada & Berbesi, 2010).

En el 2001 Loayssa y Echagüe propusieron que para entender las vivencias que caracterizan a la adolescencia, debemos partir de cuáles son las tareas esenciales de desarrollo que deben completar:

1. Pasar de la dependencia a la independencia en la relación con sus padres.
2. Establecer una identidad personal positiva y congruente (aunque no acrítica) con las normas sociales.
3. Aprender a relacionarse de adulto a adulto en relaciones caracterizadas por la intimidad.

Si nos adentramos en las vivencias adolescentes, nos encontramos con lo que algunos autores han denominado “el síndrome normal de la adolescencia”. Este síndrome está caracterizado por tres rasgos esenciales: una crisis global de identidad, un proceso de separación de los padres con un reforzamiento de la tendencia grupal y el desarrollo cognitivo, afectivo y sexual. (Aberastury & Knobel, 1996)

Desde el punto de vista del desarrollo bio-psico-social, el inicio de la juventud se asocia a la pubertad y la adolescencia, con todos los cambios psicológicos y hormonales que dicho proceso conlleva, como la identificación sexual y el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, la búsqueda de la autonomía e independencia, el cambio de la importancia en los grupos de referencia (pasando de una primacía de la familia a la del grupo de pares), el diseño de proyectos personales de vida, entre otros rasgos definitorios. (Hopenhayn, 2004b)

La transición de primaria a bachillerato puede llegar a ser un periodo crítico en los escolares, puesto que se enfrentan a nuevos cambios, en especial el inicio de la adolescencia ya que, de acuerdo con el ciclo vital familiar, la expectativa social es la aceptación de sus pares, con una necesidad individual de independencia e identificación,

cuya tarea evolutiva es la de afirmar una identidad, la cual puede verse afectada por situaciones del entorno que lo induzcan a experimentar nuevas sensaciones, entre ellas el inicio del consumo de sustancias psicoactivas. (Espinosa et al, 2016)

En 1904 el Psicólogo y Educador norteamericano G. Stanley Hall publicó *Adolescence: its Psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*. Esta obra monumental se considera el primer tratado teórico sobre la juventud contemporánea. El autor describe a la adolescencia como un período de storm and stress (tormenta y agitación), para definir la naturaleza "crítica" de esta fase de la vida. La adolescencia está dominada por las fuerzas del instinto que, para calmarse, reclaman un período largo durante el cual los jóvenes no sean obligados a comportarse como adultos porque son incapaces de hacerlo. La obra contribuyó a la creación de un período de la vida libre de responsabilidades, caracterizado por el conformismo social. (Feixa, 2006)

Obras de T. Parsons y R. Merton, tuvieron una gran presencia desde la década de los años cincuenta en América Latina tradujeron a la juventud como "problema". En ellos fue relativamente mecánica la aplicación del constructo "desviado", "disfuncional" o "anómico", a un segmento de los jóvenes que en ese momento a la sociedad adulta le preocupaba: migrantes, delincuentes, alcohólicos, revolucionarios, "hippies" o "rebeldes". Pese a ello, estos aportes extendieron los elementos conceptuales suficientes para entender el "período juvenil" como una forma de socialización y moratoria. (Feixa, 2006)

En la adolescencia la búsqueda de la propia identidad a menudo se expresa como una rebeldía y una actitud social reivindicativa. La pérdida de la omnipotencia –inconsciente– infantil, y el de tomar conciencia de las limitaciones, genera decepción e impotencia, ante lo que el adolescente manifiesta rebeldía. El adolescente adopta un comportamiento que a veces se denomina "La segunda edad del No". Podemos decir que niega lo negativo, pero no afirma lo positivo, de este modo se afianzan tendencias antisociales de diversa intensidad, que en el fondo son la respuesta a sus vivencias de peligro al entrar en el mundo de los adultos y salir del estatus infantil. (Loayssa & Echagüe, 2001)

A través del consumo los jóvenes operan un doble proceso: el de integración a la vida social a partir de cumplir con las expectativas de ésta, ya que como sugiere Bauman (2000) la actual es una sociedad de consumidores y mucho más en lo referido al segmento juvenil que en los últimos años se ha convertido en uno de los principales targets del mercado; pero a su vez a través del consumo los jóvenes operan un proceso de diferenciación donde los adolescentes definen, a partir de la elección de un estilo, una pertenencia de clase particular. (Rodríguez, Nicosia & Abal, 2009). Siguiendo a Bourdieu “los estilos de vida serán el conjunto de prácticas que los individuos adopten para construir su identidad y lograr su lugar en la sociedad” (Pérez et al., 1998).

Los comportamientos de riesgo se traducen no solamente en una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades en el futuro, sino que ya tienen su traducción en problemas que sufren los propios adolescentes, como los accidentes, el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual, el abuso de sustancias, y las conductas antisociales.

Se ha demostrado que el comportamiento del adolescente tiene mucho que ver con cuestiones de identidad, presión grupal, autoimagen, sentimientos y emociones, asociado con la tendencia a tomar decisiones de forma impulsiva, además la presión del grupo al que pertenezca el adolescente, puede ejercer un papel en la adopción de comportamientos que pueden ser de riesgo (Casas et al, 2014).

La mayoría de consumos juveniles de drogas se dan en espacios, tiempos de ocio y fiesta, poco relevantes para la toma de decisiones, dichos consumos se consideran aceptables, puesto que se aprecian como riesgos necesarios que los jóvenes deben experimentar. Antes, todos los consumos se consideraban problemáticos, excepto los relacionados con drogas legales. Las drogas en los contextos de fiesta se están “normalizando” y en algunos casos puede que se estén banalizando algunos comportamientos que pueden generar riesgos concretos. No sólo entre los consumidores, sino en la sociedad en general, se aprecia la normalización, unoshaciendo más abierto el consumo de cánnabis, los otros tomándolo como inevitable. (Pallarés, 2006).

Esta ‘normalización’ no es sólo cuestión de un aumento de la oferta, de la disponibilidad y ni siquiera del consumo, sino que es, sobre todo, un cambio en las normas que regulan esas conductas y, por tanto, en los valores y significados que predominan. (Gamella & Jiménez, 2004).

Actualmente los jóvenes y adolescentes presentan varios grados de vulnerabilidad frente al estrés, la frustración y la ansiedad, más su conducta de curiosidad, imitación, rebeldía o deseo de ser independientes, lo que los hace endebletes ante el peligro de iniciarse en el consumo y posterior adicción. Los adolescentes colocan la droga en el lugar que desean, por lo tanto, la acción de esta no depende solo de sus características como droga, sino de lo que de ella se espera, de lo que buscan quienes la consumen y la suministran, y de lo que dicta el entorno. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013)

El consumo de drogas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar la persona y decidir, en función de sus valores y creencias, pero también de su medio sociocultural, familiar, amigos, etc., si consumirá o no una vez que se las ofrezcan o sienta la necesidad de ellas. Un gran número de ellos experimentan con el tabaco y el alcohol, una experimentación temprana con estas sustancias facilita la posterior experimentación con otras sustancias. Saber convivir con las drogas y saber que un porcentaje importante de los adolescentes las van a probar o consumir, es un hecho que hay que saber, conocer y reconocer, para poder actuar y ayudar a estas personas. (Becoña, 2002)

## **2.5. Sociología y Consumo de Drogas**

El consumo de drogas es una conducta que, en términos hegemónicos, es reputada como “desviada”. La determinación del carácter desviado de una práctica no depende de sus atributos intrínsecos, sino de una operación de definición histórico-social, cultural y, por consiguiente, arbitraria y contingente. La conceptualización de los consumos de drogas ilegales como conductas “desviadas”, se encuentra vinculada, entre otros factores, con la posibilidad de concebir la existencia de consumos recreativos o sociales, con la legitimidad otorgada a ciertas drogas (fundamentalmente alcohol) en virtud de su carácter legal, con la

adhesión a la representación social consolidada de carrera de consumo y con la visualización de las sustancias psicoactivas como generadoras de conductas transgresoras de las normas establecidas. (Camarotti, 2010)

Los jóvenes, por su situación social más expectante que en otras épocas, gozan de más tiempo libre y de espacios y ocasiones de celebración festiva. Las drogas (alcohol, cánnabis y cocaína) y sus mezclas, son funcionales para la fiesta (espacio en el que adquieren identidad) y para sentirse conectados a ese mundo extraordinario, ya que en la fiesta deben estar activos y abiertos y deben relacionarse con los semejantes. Aunque el consumo de drogas forma parte de un sentido festivo, cada vez se asemeja más a una rutina, oficializada en el ritual de cada fin de semana. Estos comportamientos no son aislados, pues están incluidos en la necesidad de consumir productos considerados como “juveniles”, cada vez más esenciales y cotidianos para poder reproducir y exteriorizar la condición juvenil. (Pallarés, 2006)

Las experiencias relatadas por los jóvenes muestran que el primer contacto con las drogas ilegales tiene lugar, mayoritariamente, en ámbitos de interacción social integrados por amigos, vecinos, familiares y/o conocidos con experiencia previa en el uso de las sustancias. “Las primeras situaciones de consumo se dan en su gran mayoría por invitaciones de otros” (Kornblit et al, 1992).

Ciertas drogas legales e ilegales (fundamentalmente la marihuana, el alcohol y el tabaco), dependiendo del uso que se les dé, pueden constituirse como productoras de vínculos de sociabilidad, de lazos sociales espontáneos, regidos por la única pretensión de ingresar en interacción recíproca con pares. (Güelman, 2012)

El uso de drogas legales e ilegales por parte de los jóvenes es un problema que ha venido preocupando desde hace tiempo tanto a la comunidad científica como a los políticos y al público en general porque se encuentra muy relacionada con el aumento de la mortalidad en esta etapa de la vida, siendo los accidentes, el suicidio y el homicidio sus principales manifestaciones. Fomentan la delincuencia, la violencia, la inseguridad pública, disfunción

familiar, abandono escolar, pobreza y marginalidad. Engendran corrupción, inestabilidad social e incommensurables gastos en los servicios de atención médica. (Fabelo, Iglesias &Gonzales, 2013)

La adolescencia es una construcción ideológica, que dice tanto de la sociedad que la produce, como de la trayectoria individual del ciclo de vida. (Feixa, 1996). En Latinoamérica, el curso de adaptación social de la juventud está determinado por una serie de mitos y paradojas. Hoy en día, los jóvenes poseen mayor acceso a la educación pero menor acceso al trabajo; de mejor acceso a la información pero menos poder para la toma de decisiones; cuentan con más expectativas de ser autónomos y un espacio simbólico que los empodera pero con menos opciones para materializarla, aspecto que se relaciona con el cada vez mayor acceso al consumo simbólico, que los tiene casi por protagonistas exclusivos, pero un acceso fragmentado al consumo material; y finalmente, en el plano de salud, los jóvenes se encuentran mejor provistos de salud pero más amenazados por muertes violentas y comportamientos riesgosos, como la drogadicción. (Hopenhayn, 2004)

## **2.6. Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas**

Los trastornos por consumo de sustancias, así como otros trastornos mentales, son comunes y a menudo persistentes, y muchos emergen en la vida temprana; sin embargo, se ha dado menor atención a estos padecimientos en niños y adolescentes en comparación con los adultos, aunque éstos son la principal causa de discapacidad en adolescentes. (Tena et al., 2018)

Este grupo incluye a una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas.

La Quinta Edición del Diagnóstico y el Manual estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) establece que entre los trastornos por consumo de sustancias se contemplan 10 grupos diferentes de sustancias de abuso que incluyen: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes, tabaco

y otras sustancias. (Tena et al, 2018). Los criterios diagnósticos de los trastornos por consumo de sustancias pueden ser catalogados en los siguientes componentes:

- Deterioro en el control del consumo de la sustancia (criterios 1 a 4)
- Deterioro de las interacciones sociales (criterios 5 a 7)
- Riesgo físico y psicológico derivado del consumo (criterios 8 y 9)
- Criterios farmacológicos (criterios 10 y 11)

**Tabla 2. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias**

Un modelo problemático de consumo de la sustancia que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifieste por al menos dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
<b>1.</b> Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
<b>2.</b> Existe deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
<b>3.</b> Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
<b>4.</b> Anhelo o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
<b>5.</b> Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamental en el trabajo, la escuela o el hogar.
<b>6.</b> Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
<b>7.</b> El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
<b>8.</b> Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
<b>9.</b> Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la misma.
<b>10.</b> <i>Tolerancia</i> definida por alguno de los siguientes hechos: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.</li> <li>b) Efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.</li> </ul>
<b>11.</b> <i>Abstinencia</i> , manifestada por alguno de los siguientes hechos: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Existencia de síndrome de abstinencia característico de la sustancia.</li> <li>b) Se consume la sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</li> </ul>

Adaptado de Portero (2015)

Según el DSM-5 este capítulo se estructura en dos grandes grupos: los trastornos relacionados con sustancias, que incluyen los trastornos por consumo de sustancias (diez clases de sustancias, excepto la cafeína), y los trastornos inducidos por sustancias que a su

vez quedan divididos en intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos por sustancias que aparecen específicamente en su capítulo correspondiente; y el otro grupo que es el ya aludido de juego patológico, que aparece dentro del epígrafe Trastornos no relacionados con sustancias.

Para establecer el diagnóstico es necesario, como mínimo, cumplir dos ítems de los 11 propuestos. También se advierte la dimensionalidad al tratar la severidad del cuadro, estableciendo un continuum de leve (dos o más síntomas), moderado (cuatro o cinco síntomas) y grave (más de seis síntomas). (Portero, 2015).

## **2.7. Psicopatología Asociada al Trastorno por Uso de Sustancias**

Los estudios epidemiológicos en población adolescente que inicia tratamiento por trastornos por uso de sustancias (TUS) reflejan que entre el 60 y el 88% de los casos presentan, al menos, otro diagnóstico psiquiátrico comórbido, resultando de esta forma que la gran mayoría de los adolescentes en tratamiento por TUS constituyen casos de patología dual (Chan et al., 2008).

La interacción negativa entre factores etiopatogénicos diversos (individuales, genéticos-constitucionales, ambientales, derivados del propio desarrollo durante la adolescencia) pueden manifestarse aún con mayor intensidad en el caso de jóvenes vulnerables a desarrollar trastornos psiquiátricos, lo que supone que los riesgos de las sustancias se multipliquen. En estos jóvenes, el simple consumo recreativo de sustancias puede desencadenar crisis, empeorar o cronificar los síntomas psiquiátricos subyacentes, favorecer comportamientos auto o heteroagresivos o conductas sexuales de riesgo, facilitar el incumplimiento de los tratamientos farmacológicos, producir efectos sinérgicos impredecibles al interactuar con la medicación habitual, o conducir a una adicción más rápidamente. (Goti, Díaz & Arango, 2016)

Los trastornos mentales que muestran mayor concurrencia con los TUS en adolescentes son, de mayor a menor frecuencia, los trastornos por conducta disruptiva, el trastorno por

déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los del estado de ánimo y los trastornos por estrés postraumático. Algunos estudios de adolescentes con TUS han encontrado que, en comparación con los chicos, las chicas tienden a mostrar más síntomas internalizantes (depresión, ansiedad, baja autoestima), con frecuencia relacionados con experiencias traumáticas, mientras que los síntomas externalizantes (agresividad, antinormatividad) serían un factor común para ambos sexos (Poulin et al., 2005).

Gran parte de los problemas a los que se enfrentan tanto los profesionales de salud mental como los de drogodependencias, al abordar los pacientes con patología dual, parten de las dificultades inherentes a la evaluación de síntomas y trastornos, porque en muchas ocasiones los síntomas de la psicopatología se solapan con los efectos que produce una droga o algunos trastornos asociados al consumo son muy semejantes entre sí. La ansiedad, la impulsividad, la tristeza generalizada, no seguir normas, el engaño, las conductas explosivas, y un largo etc., conforman un abanico que en el mejor de los casos no puede delimitarse hasta que el drogodependiente ha dejado de consumir la droga. La similitud de los síntomas puede inducirnos a error si no se toman algunas precauciones durante la evaluación. (Becoña, E. & Cortés, M., 2010)

## **2.8. Percepción de la Enfermedad y del Riesgo del Consumo**

La percepción de la enfermedad se define como la representación cognitiva o creencias que los pacientes tienen sobre su enfermedad (Leventhal et al, 1984). Estas percepciones se desarrollan a través de la información que un paciente recibe de fuentes formales e informales, incluida la emitida por trabajadores de la salud, los medios de comunicación, la familia, los amigos y otros pacientes (Petrie & Weinman, 2006).

Existen algunos modelos para explicar las conductas relacionadas con la salud de los pacientes, uno de los modelos más estudiados es el Modelo de Autorregulación (SRM) desarrollado por Leventhal et al, en 1984, este modelo se centra en las percepciones que tiene el paciente desde que inicia su experiencia de enfermedad.

Este modelo plantea que los pacientes intentan comprender su enfermedad y todo este proceso contribuye en su respuesta, búsqueda de ayuda y resultado emocional a su enfermedad.

El Modelo de Autorregulación (SRM) propone que las creencias de los individuos sobre su enfermedad se puedan representar en cinco dimensiones: **causal** (creencias sobre por qué desarrollaron su enfermedad); **identidad** (ideas sobre la etiqueta y la naturaleza de la enfermedad y sus síntomas asociados); **dimensión crónica o aguda** (creencias acerca de cuánto tiempo puede durar una enfermedad; si se trata de una afección a largo o corto plazo o de naturaleza cíclica); **control o curación** (percepciones sobre el tratamiento disponible y cómo el propio comportamiento puede influir en el curso de la enfermedad); **consecuencias** (el efecto percibido de la enfermedad en la vida del individuo: el estado físico, emocional y social, participación en la comunidad y actividades de ocio.). (Baines & Wittkowski, 2013).

En base a este modelo se desarrolló el cuestionario de percepción de la enfermedad (IPQ) (Weinman et al., 1996) y el cuestionario revisado de percepción de la enfermedad (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002) para estimar las creencias de los pacientes. Ambos cuestionarios se han utilizado ampliamente en el campo de las condiciones de salud física, como la artritis reumatoide (Groarke et al., 2005), enfermedad coronaria, hipertensión arterial y también en condiciones de salud mental, incluida la esquizofrenia (Lobban et al., 2004), depresión, la ansiedad (Bhui et al., 2006), psicosis (Williams & Steer, 2011), anorexia nerviosa (Holliday et al., 2006) entre otros. En conclusión, hay suficiente evidencia que demuestra la confiabilidad y validez del IPQ en sus diferentes versiones y en distintos contextos socioculturales.

La mayoría de estos estudios están enfocados en evaluar las relaciones de la percepción de enfermedad con diversas variables como calidad de vida relacionada con la salud (CVRs), afrontamiento, emociones positivas y negativas (ansiedad, depresión, estrés), personalidad, adherencia al tratamiento, entre otras, en diferentes tipos de enfermedades crónicas. (Quiceno & Vinaccia, 2010). Por otro lado, se evidencia en menor proporción estudios con muestras poblacionales en salud mental. Los estudios actuales están enfocados en pacientes

con diagnóstico de esquizofrenia, depresión, anorexia nerviosa o trastornos de la conducta alimentaria, entre otras. (Broadbent et al., 2008)

Las creencias, las percepciones y las clasificaciones sociales e individuales sobre el proceso de salud-enfermedad están determinadas por el contexto socio-cultural y el momento histórico en que se manifiesten. Estas logran incorporarse en las creencias populares, las cuales funcionan como esquemas cognitivos, estereotipados, que guían el comportamiento inmediato de las personas permitiéndoles una rápida evaluación de una determinada enfermedad. (Ehrenzweig, 2005)

### **2.8.1. Estudios Internacionales**

Pocos estudios cualitativos han investigado las dimensiones subyacentes de las creencias sobre enfermedades mentales, y más investigación podría ser útil en esta área. Los estudios que se han realizado han encontrado que, al igual que las personas con afecciones físicas, los pacientes con enfermedades mentales forman representaciones cognitivas de su afección (Pollack & Aponte, 2001)

La percepción y la conciencia de los padres sobre la enfermedad psiquiátrica de sus hijos, es un determinante importante de la detección temprana y la búsqueda de tratamiento.

En Australia el Departamento de Psiquiatría del Hospital Real de Niños, construyeron una guía para buscar ayuda, que comprende tres pasos consecutivos que los padres deben seguir para acceder eventualmente a la ayuda si sus hijos muestran síntomas de enfermedad psiquiátrica. El primero es que los padres deben reconocer los síntomas de sus hijos, el segundo es que los padres deben considerar obtener ayuda para estos problemas. Por último, los padres deben cruzar sus barreras percibidas para buscar ayuda, como limitaciones financieras y de tiempo, así como la falta de conciencia sobre la existencia y ubicación de tales opciones de tratamiento. (Pavuluri, Luk & McGee, 1996).

Factores predisponentes como la edad de los padres, el género, la raza y el estado

socioeconómico influyen en la búsqueda de ayuda para los trastornos conductuales y emocionales de los niños. (Srenbnik, Cauce, & Baydar, 1996)

En la ciudad Jimma de Etiopía los padres fueron invitados a participar en un estudio para evaluar su conocimiento sobre las causas y manifestaciones de enfermedades psiquiátricas en niños y adolescentes, el cual demostró que la mayoría de los padres reconocieron que los factores genéticos pueden aumentar el riesgo de la presencia de problemas de salud mental, mientras que solo una quinta parte de los padres respaldaron los trastornos neuroquímicos y el uso de sustancias psicoactivas como factores de riesgo. Los padres reconocieron más comportamientos externalizadores y síntomas psicóticos que los síntomas internalizantes y los pensamientos suicidas como problemas de salud mental. Además, la gran mayoría de los padres indicaron que buscarían tratamiento de un sanador religioso o espiritual si su hijo desarrollara una enfermedad mental. (Abera, Robbins & Tesfaye, 2015).

En Brasil un estudio sobre las relaciones familiares con adolescentes usuarios de sustancias psicoactivas, permitió comprender que los padres de adolescentes consumidores de drogas psicoactivas, tenían dificultades para establecer un diálogo asertivo con sus hijos, desarrollar un rol jerárquico y establecer límites. Tales situaciones crearon sentimientos ambivalentes y emociones negativas que los movilizaron en la búsqueda de recursos internos y externos en relación con la unidad familiar. (Zerbetto, Oliveira, Frari & Guidorizz, 2018)

La investigación previa se ha centrado principalmente en las creencias de los padres e identificó varias barreras que dificultan la búsqueda de ayuda, pero queda mucho por saber acerca de cómo los adolescentes perciben su enfermedad. Múltiples factores como las diferencias interculturales, el conocimiento limitado de los servicios disponibles, los mitos sobre los posibles factores causantes y el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, las expectativas negativas de los servicios por parte de las familias, además del estigma, la vergüenza y la renuencia a buscar tratamiento pueden desempeñar un papel en estas creencias, así como en la subutilización de los servicios. (Imran, Azeem, Chaudhry & Butt, 2015)

Los resultados de estos estudios son preocupantes, ya que se consideran que las propias percepciones de los adolescentes con respecto a su enfermedad, el estigma del tratamiento y las preocupaciones con respecto a la confidencialidad juegan un papel importante en las actitudes y comportamientos de búsqueda de ayuda profesional. (Rughani, Deane & Wilson, 2011)

Sin embargo, hay que mencionar que los informes anecdóticos son prometedores, y algunos investigadores informan que las entrevistas que evalúan las percepciones de la enfermedad son terapéuticas, al permitir que los pacientes cuenten su historia, consideren nuevos problemas y aclaren aspectos de su enfermedad (Pollack & Aponte, 2001).

En Brasil investigaron la percepción de los usuarios que consumen crack en relación con el uso y tratamiento, reportaron que el inicio del consumo de drogas en la adolescencia está relacionado con el acceso social o el acceso económico fácil, la carga excesiva en los estudios y el trabajo, el estrés y el desconocimiento de la posibilidad de dependencia química, las influencias de amigos y familiares, que además también influyen en la búsqueda de tratamiento. (Gabatz et al, 2013)

En Madrid, una revista de estudios de juventud, realizaron una investigación de mayor alcance sobre la socialización de los adolescentes, centrándose en cuatro grandes temáticas: drogas, sexualidad, convivencia y voluntariado social. En cuanto a la percepción del riesgo del consumo de drogas determinaron que cuando los adolescentes juzgan de forma crítica su consumo de ciertas drogas en el hogar, no se hace desde una perspectiva de riesgo asociado a la salud, ni se borda desde lo erróneo del consumo en sí mismo, sino desde la perspectiva de no hacerlo en presencia de los padres y como una falta de respeto hacia ellos, en el caso de ser descubiertos consumiendo en el hogar familiar. La falta de percepción de riesgo se mantiene en el momento en el que admiten que la actuación es incorrecta; se acepta el castigo por el consumo, pero desde una perspectiva matizada, no por el consumo, sino por las consecuencias menores, no asociadas con el riesgo, como un rendimiento mermado. Lo que apunta, por otra parte, a un posible consumo normalizado de drogas en los centros escolares. (Martínez, 2012)

Este mismo artículo evidencia que el consumo de drogas se presentaría como una alternativa de peso a otras formas de ocio o frente a no hacer nada. El primer consumo aparece como descubrimiento y transgresión simbólica y práctica de lo prohibido (legal, social, comportamental, etc.) con un riesgo controlado ya que es una práctica compartida y, por tanto, deja amortiguado el riesgo potencial de una experiencia de consumo individual o privada. (Martínez, 2012)

En un Observatorio Argentino de Drogas informaron que resulta relevante detenerse brevemente en la vivencia subjetiva del tiempo en los adolescentes. El modo en que se vive el tiempo en esta etapa, evidencia las modificaciones internas que el adolescente va atravesando en las diferentes etapas. Ellos percibieron el tiempo libre como un tiempo opuesto al de las responsabilidades u obligaciones, es el tiempo tanto del “no hacer nada” como del “hacer lo que te gusta”, puesto en referencia con el colegio, el trabajo o las actividades extra escolares. Desde esta perspectiva, el tiempo libre significa como el momento de la libertad propia, de la libre elección y autonomía. (Díaz, Quiña & Moguillansky, 2009)

En México un estudio del Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: evidenciaron que la percepción de apoyo familiar presentó una asociación negativa con la frecuencia en el consumo de alcohol y tabaco, lo que sugiere una función protectora en el consumo. (Molero et al., 2017)

A pesar de la constatación de los riesgos físicos, psicológicos y sociales del consumo de drogas, se constata una escasa conciencia del daño ocasionado en población juvenil, ya que la juventud se considera un periodo evolutivo donde se percibe el riesgo de una forma diferente y por tanto conductas como el consumo de sustancias se perciben como menos perjudiciales que en otros periodos evolutivos. (Ballester, Gil & Girardo, 2000)

El consumo esporádico de marihuana se considera a menudo como inofensivo por la mayoría de los jóvenes, lo que sustenta la relación entre el consumo y la baja percepción de riesgo. (Burdzovic, J., Pape, 2015). Las actitudes y el riesgo percibido hacia el uso de

sustancias son considerado como fuertes influencias para determinar si una persona usa o no cannabis. (Barrett& Bradley, 2016)

### **2.8.2. Estudios Nacionales**

Un estudio desarrollado en una Unidad Educativa de Guayaquil durante el 2015 al 2016 tuvo como objetivo caracterizar el consumo de drogas en adolescentes, y reportaron que los factores de riesgo más frecuentes fueron: consumo de drogas en el medio escolar (78,8%), amigos que consumen (64,6%) y amigos que expenden drogas (52,1%). La edad de inicio se encontró entre los 10 a 14 años (67,7%). Motivos principales fueron la vía escapatoria (34,3%) y curiosidad (25,7%). La primera droga consumida fue la marihuana (42,9%). El colegio fue un lugar de consumo y adquisición de drogas en el 28,6% y 34,3% respectivamente. (Avilés, 2017)

La Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, en el 2016, informó acerca de la percepción del riesgo, de prevención, de la facilidad de acceso, y sobre los usos de las sustancias psicoactivas, llegando a las siguientes conclusiones: casi 1 de cada 4 adolescentes (24%), alguna vez se ha embriagado y el 29% ha visto usar drogas a algún estudiante del colegio. Además, al 15% le sería fácil conseguir marihuana, al 8% comprar heroína, al 6% cocaína, al 4% éxtasis y al 3% pasta base. Lo más grave es que el 46% considera que en su centro educativo circulan drogas: el 24% dice que ha visto a algún estudiante que las vende o las pasa, y el 48% afirma que alrededor de su colegio o escuela venden estupefacientes. Además, identificaron vulnerabilidades: uno de cada diez se ha ido de la escuela porque trabaja y no estudia (1%), está embarazada (1%), porque vive en unión libre o está casada (1%), porque hace tareas domésticas en su casa (1%) o porque ni trabaja ni estudia (5%). El 3% de las y los adolescentes entre 12 y 17 años se encuentra en unión libre o casados. (Fondo de las Naciones Unidas para los Niños, 2016)

En el 2018 se realizó un estudio sobre la percepción del riesgo relacionado con el consumo de alcohol en adolescentes de una Unidad Educativa de la Ciudad de Milagro, Provincia del Guayas, Ecuador, los principales resultados obtenidos fueron que el 91,5% están de acuerdo en que el alcohol hace daño; el 47,7% manifiestan que no se debería iniciar el

consumo del alcohol antes de los 18 años. Un alto porcentaje está de acuerdo en que el alcohol produce problemas familiares y sociales; y, afecta a la economía familiar (89,6%; 86,2%). En relación al ítem sobre el uso de drogas, no afecta a la salud, el 49% manifiestan estar de acuerdo; el 44,4% no están de acuerdo y al 6,6% le es indiferente. El 54,2% están de acuerdo en que: Los daños producidos por el uso y consumo de drogas se presentan porque la mayoría de ellas no son de buena calidad; el 29% no están de acuerdo con la afirmación y al 16,4% le es indiferente. (Sánchez, Robles, Ripalda & Calderón, 2018)

Estos resultados están en concordancia con otro estudio realizado en el 2017, en el que se determina que las creencias y actitud de los/as jóvenes respecto al consumo de alcohol afecta su percepción al asumir mayores de riesgos, correlacionándose con la percepción de menor peligrosidad o afectación de su salud, por lo que se considera que mientras menor es la percepción del riesgo mayor es el consumo. (Robles, Espinel & Guevara, 2017)

Dicha información es importante, aunque insuficiente para conocer el perfil epidemiológico de nuestro país, que nos ayuda al diseño de medidas estratégicas de prevención en la población más vulnerable, sin embargo, no se dispone de estudios realizados desde una perspectiva etnográfica que analice las experiencias y vivencias de los adolescentes con trastornos por consumo de sustancias.

## **2.9. Percepción de la Relación Médico Paciente**

En la realidad clínica de la relación médico-paciente, las percepciones se exponen y pueden compartirse, sintetizarse o contraponerse. La discrepancia entre estas concepciones puede ser responsable de fallas en el proceso de salud (Kleinman, 1978), (Bhui & Bhugra, 2002). El paciente percibe el mundo y su enfermedad dentro de un contexto personal y familiar, esto lo lleva a buscar o no atención y a comprender de una forma sociocultural su problema de salud. La evidencia empírica sugiere que los pacientes están más satisfechos con aquellos psiquiatras que, si bien no comparten sus percepciones, al menos entienden sus experiencias y sensaciones (Callan, 1998).

Se considera que las preocupaciones relacionadas con la confidencialidad desempeñan un papel importante en las actitudes y comportamientos de búsqueda de ayuda profesional. (Rughani, Deane & Wilson, 2011)

El análisis de las percepciones se presenta como una alternativa para buscar mayor comunicación entre el médico y el paciente y mejorar la atención que el enfermo recibe sin eliminar las creencias del afectado, más bien fomenta la comunicación entre ambos. Con ello, el paciente puede identificar las atribuciones potencialmente nocivas de su problema, el médico conoce y entiende el proceso vivencial del enfermo y ambos establecen una comunicación de tolerancia, entendimiento y apertura. (Vargas, 2014)

### **2.9.1. Empatía y Relación Médico Paciente**

Empatía significa saber apreciar los sentimientos del otro. El término empathy fue introducido en 1909 por el psicólogo inglés Edward Bradner Titchener como traducción de la palabra alemana *emfühlung*. Southard fue el primero en incorporar la empatía en 1918 a la relación médico-paciente como un recurso para facilitar el diagnóstico y la terapéutica. (García, 2015)

Bohart y Greenberg (1997) revisaron las muchas definiciones de empatía dentro de la psicoterapia y concluyeron que tienen en común "tratar de sentir, percibir, compartir o conceptualizar cómo otra persona está experimentando el mundo". Morse realizó una extensa revisión de la literatura sobre empatía y resumió los 4 componentes clave de la empatía:

1. **Componente emotivo:** capacidad de experimentar subjetivamente y compartir el estado psicológico o los sentimientos intrínsecos de otra persona.
2. **Componente moral:** fuerza altruista interna que motiva la práctica de la empatía.
3. **Componente cognitivo:** capacidad intelectual para identificar y comprender los sentimientos y la perspectiva de otra persona desde una postura objetiva.
4. **Componente de comportamiento:** respuesta comunicativa para transmitir la

comprensión de la perspectiva de otro.

La empatía es un tema muy importante en la profesión de la medicina y se considera un componente muy importante de la relación entre los médicos o los proveedores de atención médica y los pacientes. Empatizar con los pacientes significa darse cuenta de su condición, emociones y sentimientos para proporcionar una atención eficaz y de calidad. (Karimi & Abdollahi, 2019)

En la medida en que el médico comprenda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca; de este modo la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal médico-paciente. (García, 2015)

La empatía del médico se asocia con múltiples resultados beneficiosos tanto para el paciente como para el médico, incluido el aumento de la adherencia del paciente al tratamiento, menos quejas de negligencia médica y una mayor salud del médico, bienestar y satisfacción profesional. (Halpern, 2003)

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Justificación**

Estudios evidencian el impacto de la percepción de la enfermedad en las actitudes hacia el afrontamiento de la enfermedad, sentimientos positivos y negativos, adherencia al tratamiento y calidad de vida en distintos tipos de enfermedades crónicas, sin embargo, se observa una menor cantidad de estudios en personas con enfermedades mentales.

Explorar la percepción de la enfermedad nos permite conocer la forma en que un paciente percibe su condición, lo que nos puede ayudar a comprender su comportamiento, su adaptación, respuesta emocional a su enfermedad y como esto influye en su respuesta y adherencia al tratamiento.

Los diferentes cuestionarios de la percepción de la enfermedad en sus diferentes versiones e idiomas se han utilizado ampliamente en diferentes enfermedades y condiciones de salud mental incluida esquizofrenia, depresión y ansiedad; sin embargo, es importante resaltar la escasa investigación sobre el tema en América Latina y en la población pediátrica.

Nos hemos propuesto analizar y describir la percepción de la enfermedad en un grupo humano muy vulnerable a comportamientos de riesgo como lo es, el adolescente. El alto consumo de drogas, que inician en esta etapa, se ha vuelto uno de los problemas de salud más importantes que enfrenta la sociedad mundial en nuestra época. (Vinet et al, 2009)

La percepción de la enfermedad puede compartirse, sintetizarse o contraponerse, entre los involucrados: el paciente, el médico, los familiares y la sociedad. Su análisis se vuelve una alternativa para establecer una mejor relación médico paciente, sin eliminar las creencias del afectado, más bien fomentando la comunicación entre ambos. (Vargas, 2014)

Un hallazgo fortuito de un estudio sobre percepción de la enfermedad, fue la importancia

que los participantes le dieron a contar sus historias, aunque el propósito de la entrevista fue la recolección de datos, el beneficio terapéutico de poder expresar sus pensamientos y sentimientos sobre su trastorno y los efectos en sus vidas a un proveedor de atención médica preocupado fue evidente. (Pollack & Aponte, 2001).

En Ecuador no hay suficientes investigaciones de tipo etnográficas /cualitativas sobre la percepción de la enfermedad en adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, uno de los problemas de salud más importantes en este grupo vulnerable prioritario de atención, lo que hace notoria la necesidad de su investigación.

En esta línea de investigación se sitúa nuestro estudio, cuyo objetivo es profundizar en la descripción, comprensión de la experiencia y vivencia de los adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

### **3.2 Planteamiento del Problema de Investigación**

La comprensión de las percepciones de los pacientes sobre su condición ha demostrado ser una forma útil de predecir el comportamiento en pacientes que sufren enfermedades físicas o lesiones. Ahora, más investigadores están examinando cómo se pueden aplicar las percepciones de la enfermedad al área de salud mental considerando cómo las opiniones de los pacientes sobre su problema de salud mental se relacionan con los resultados psicológicos y de tratamiento.

El consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes se presenta como una de las conductas de riesgo con efectos más devastadores en el desarrollo del individuo. En esta etapa son más vulnerables al consumo de sustancias, debido a una identidad en formación y un ajuste psicosocial en desarrollo, todo ello unido a las fluctuaciones de los estados de ánimo y la tendencia hacia la búsqueda de sensaciones, esto los hace más receptivos ante el inicio del consumo experimental y el mantenimiento apoyado por la función recreativa de las sustancias. (Molero et al., 2017)

Creemos que este trabajo tiene el potencial de conseguir una mejor comprensión de comportamiento en pacientes con trastornos psicológicos y puede ofrecer nuevas aplicaciones y enfoques para mejorar la adaptación de los pacientes a su enfermedad.

### **3.3 Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la percepción de la enfermedad en adolescentes con trastornos mentales y de comportamiento por uso de sustancias psicoactivas?

### **3.4. Objetivos**

#### **3.4.1 Objetivo General**

- Describir y Analizar la percepción de la enfermedad en adolescentes con trastornos mentales y de comportamiento por uso de sustancias psicoactivas.

#### **3.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el perfil sociodemográfico de los adolescentes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas.
- Conocer las características de vida de estos los adolescentes en relación a su entorno familiar y social.
- Analizar de acuerdo a la percepción de la enfermedad de los pacientes la adherencia al tratamiento y la relación médico paciente.
- Describir la percepción que tiene el cuidador con respecto a la enfermedad del adolescente.

### **3.5 Estrategia y Metodología**

#### **3.5.1. Tipo de Estudio**

Esta investigación es principalmente de carácter cualitativo, a través de la etnografía se realizó el estudio de las características de vida de los adolescentes con trastorno mental y comportamiento por uso de sustancias psicoactivas, para lo cual fue necesaria la interacción entre la investigadora y los adolescentes mediante la observación, diálogo, comprensión y descripción de sus comportamientos y vivencias, permitiéndome exponer sus creencias, valores, motivaciones y perspectivas.

Para alcanzar los objetivos propuestos, el estudio consta de dos análisis:

- 1.- Análisis cuantitativo sociodemográfico descriptivo.
- 2.- Análisis cualitativo etnográfico mediante historias de vida.

#### **3.5.2. Muestra**

La población del presente estudio estuvo conformada de 12 adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas que acudieron a consulta externa y estuvieron hospitalizados en el Hospital Especializado Julio Endara, además se accedió al domicilio del adolescente y cuidador determinado en la historia clínica, bajo la autorización del representante legal y de la institución, como parte de la recolección de información.

Es importante mencionar que los cuidadores de los adolescentes fueron parte del estudio, por ser clave importante en las vidas de los pacientes y por aportar información valiosa al estudio.

#### **3.5.3. Perfil del Hospital Especializado Julio Endara**

El Hospital Especializado “Julio Endara” (HEJE) está ubicado en la provincia de Pichincha,

en el Distrito Metropolitano de Quito (Administración Zonal los Chillos), al sureste; en la parroquia rural de Conocoto. De acuerdo con lo establecido por “Los lineamientos para la organización de los establecimientos de salud para el Ministerio de Salud Pública en Zonas y Distritos”, el HEJE está contenido en el territorio del Distrito 17D08 Conocoto - La Merced.

Dicha casa de salud atiende pacientes en edades que oscilan desde los 14 a 65 años, cuenta con 9 psiquiatras, 5 psicólogos, 2 médicos internistas, 22 enfermeras, 78 auxiliares de enfermería, 2 terapeutas ocupacionales, 11 médicos residentes asistenciales, médicos posgradistas de psiquiatría y estudiantes de pregrado que se encuentran distribuidos en las áreas de emergencia, consulta externa, hospitalización de corta estancia, residencia terapéutica transitoria, servicio de inimputables, terapia ocupacional, rehabilitación psicosocial y crónicos.

Según el último informe epidemiológico del 2018 otorgado por el servicio de Docencia del Hospital Especializado Julio Endara, en consulta externa tuvieron un total de 172 pacientes con Trastornos Mentales y de Comportamientos debidas al uso de sustancias psicoactivas, de los cuales el 19,2% corresponden al grupo etario de 14 a 19 años, en hospitalización tuvieron un total de 65 pacientes, de los cuales 18 corresponden al grupo etario de 15 a 19 años. De este grupo la mayoría se autoidentificaron como etnia negra, mestiza y blanca. De acuerdo al sexo la mayoría son hombres que mujeres con 84,3% y 15,7% respectivamente.

#### ***3.5.4. Criterios de Selección***

##### **3.5.4.1 Criterios de Inclusión.**

- Adolescentes de 14 a 19 años de edad diagnosticados de Trastornos mentales y de comportamiento por uso de sustancias psicoactivas.
- Que acudan a la consulta externa o estén hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara.
- Adolescentes que daremos encuentro en su domicilio bajo autorización del

cuidador.

- Cuyos cuidadores otorgaron el consentimiento firmado para la realización del mismo.
- Que firmaron el asentimiento informado.
- Cuidadores de los adolescentes seleccionados que firmaran el consentimiento informado.

#### **3.5.4.2. Criterios de Exclusión.**

- Se excluyeron a los adultos jóvenes mayores de 19 años o menores de 13 años de edad.
- Cuyos padres no otorgaron el consentimiento firmado para la realización del mismo.
- Que no firmaran el asentimiento informado.
- Cuidadores que no firmaran el consentimiento informado para su participación.

#### **3.5.5. Procedimiento General de Recolección de Información**

Se escogió al total del universo de los adolescentes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que acudieron a consulta externa, los que estuvieron hospitalizados y además a los adolescentes que dimos encuentro en su domicilio durante los meses de Enero y Febrero del 2020. En el primer encuentro se explicó a los participantes sobre la investigación y se les facilitó un asentimiento informado y consentimiento informado para los adolescentes igual o mayores de 18 años. En cuanto a los cuidadores se escogió al total que asistieron junto al adolescente tanto a consulta externa, hospitalización y los que estuvieron junto al adolescente en el encuentro en su domicilio, los cuales firmen el consentimiento informado para participar en la investigación.

Posteriormente se realizó entrevistas semiestructuradas tanto al adolescente como al cuidador. Para las historias de vida de los adolescentes fue necesario algunos reencuentros y re-entrevistas para la obtención de mayor información. Se realizó un total de 6 historias

de vida que nos proporcionaron mayor pluralidad y diversidad, para lo cual se escogió 3 pacientes de sexo masculino y 3 del femenino.

### 3.5.6. Investigación Cuantitativa

#### 3.5.6.1. Selección de informantes.

El estudio cuantitativo incluyó a 12 adolescentes con trastorno mental y de comportamiento por uso de sustancias psicoactivas que acudieron a consulta externa y los que estuvieron hospitalizados en el Hospital Especializado Julio Endara y además se incluyó a los adolescentes que dimos encuentro en su domicilio durante los meses de Enero y Febrero del 2020.

**Tabla 3. Universo y selección de informantes**

	<b>Adolescentes</b>	<b>Cuidadores</b>
<b>Características demográficas y sociológicas</b>	12	12
<b>Características</b>	6 hombres 6 mujeres Acuden a la consulta externa Hospitalizados Encuentro en su domicilio	Que acompañen al adolescente a la consulta externa, en su hospitalización o que sea su representante.

Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias clínicas.

Autor: Dra. Magaly Cornejo

#### 3.5.6.2. Instrumentos.

Para lograr el análisis del estudio cuantitativo se aplicó una encuesta corta de perfil poblacional para obtener datos sociodemográficos y económicos, esta constó de preguntas cerradas y su duración fue de 5 a 10 minutos.

### ***3.5.6.3 Procesamiento de información y análisis de datos***

Se aplicó una encuesta corta de 5 a 10 minutos de duración con el objetivo de obtener datos sociodemográficos y económicos, se realizó un total de 24 encuestas tanto al adolescente como a su cuidador. Esta información nos permitió medir las dimensiones y la dinámica de la población de estudio. Dentro de las características demográficas abordadas estuvo la edad, sexo, nivel educativo, número de compromisos y número de hijos. Las características sociológicas tomadas en cuenta fueron: tipo familiar, historia familiar de consumo, ingreso económico familiar, tipo de sustancia psicoactiva consumida, comorbilidades y tratamiento del adolescente.

Para el análisis de los resultados se realizaron medidas de tendencia central en el caso de las variables cuantitativas y porcentajes en las variables cualitativas.

### 3.5.6.4. Operacionalización de variables: Perfil Sociodemográfico

**Tabla 4. Variables Cuantitativas**

VARIABLES ESPECÍFICAS	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	Cuantitativa	Edad biológica o tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años	Años	Media
Sexo	Cualitativa	Características biológicas que los dividen en masculinos y femeninos,	Sexo	Masculino Femenino	Porcentaje
Nivel educativo alcanzado	Cualitativa	Nivel máximo de estudios	Nivel educativo	Nivel alcanzado	Porcentaje
Tipo familiar	Cualitativa	Grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentesco	Tipo de familia	Nuclear Monoparental (Madre) Monoparental (Padre) Extensa	Porcentaje
Ingreso económico familiar	Cuantitativa	Totalidad de los ganancias o ingresos que tiene una familia.		1. Menor a SBU 2. Igual o mayor a SBU	Porcentaje
Historial familiar de consumo de sustancias psicoactivas	Cualitativa	Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas en integrantes de la familia	Tipo de familiar	Madre Padre Hermanos Otros	Porcentaje

Comorbilidad psiquiátrica	Cualitativa	Coexistencia de dos o más enfermedades psiquiátricas en el mismo paciente.	Tipo de psicopatología	Depresión Ansiedad Trastorno de conducta Bipolaridad Esquizofrenia Otros	Porcentaje (dato obtenido de historias clínicas)
Sustancias psicoactivas	Cualitativa	“sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos, capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento.	Tipo de sustancia psicoactiva	Depresoras Estimulantes Psicodislépticos Otros	Porcentaje (dato obtenido de historias clínicas)
Tratamiento	Cualitativa	Conjunto de medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, psicológicos, quirúrgicos o bien físicos, los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o alivio de enfermedades.	Tipo de tratamiento.	Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico	Porcentaje (dato obtenido de historias clínicas)

Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias de vida

Autor: Dra. Magaly Cornejo

### 3.5.7. Investigación Cualitativa

#### 3.5.7.1. Selección de informantes.

La investigación incluyó a 12 adolescentes con trastorno mental y de comportamiento por uso de sustancias psicoactivas que acudieron a consulta externa y los que estuvieron hospitalizados en el Hospital Especializado Julio Endara y además se incluyó a los adolescentes que dimos encuentro en su domicilio durante los meses de Enero y Febrero del 2020. Se escogió al total del universo para realizar entrevistas semiestructuradas con una duración de 15 minutos, con los datos que nos proporcionaron mayor pluralidad y diversidad se realizó un total de 6 historias de vida para lo cual se escogió a 3 participantes de sexo masculino y a 3 del femenino con el objetivo de obtener toda la información necesaria sobre las características de vida de los adolescentes.

**Tabla 5. Universo y selección de informantes**

	<b>Adolescentes</b>	<b>Cuidadores</b>
<b>Entrevistas Semiestructurada</b>	12	12
<b>Historias de vida</b>	6	ninguno
<b>Características</b>	3 hombres 3 mujeres Acuden a la consulta externa Hospitalizados Encuentro en su domicilio	Que acompañen al adolescente a la consulta externa, en su hospitalización o que sea su representante.

Fuente: Informe epidemiológico del 2018 - Servicio de Docencia, Hospital Especializado Julio Endara

Autor: Dra. Magaly Cornejo

### **3.5.7.2. Instrumentos.**

Esta investigación cualitativa se realizó aplicando técnicas de la antropología y las ciencias sociales a través de la etnografía. Se brindó especial interés a las metodologías etnográficas cualitativas dada la profundidad de información que permiten obtener y a la preponderancia e importancia que otorgan al informante, lo que convierte a los consultados en protagonistas de la investigación y no únicamente en portadores de información. (Rivas & Lara, 2001)

La etnografía siempre está orientada por el concepto de cultura y tiende de manera generalizada a desarrollar conceptos y a comprender las acciones humanas desde un punto de vista interno. La meta del investigador, en esa perspectiva, es describir o comprender, el concepto abstracto a través de un análisis construido desde la perspectiva de los informantes. En términos metodológicos en primer lugar esto implica realizar un trabajo de muestreo cualitativo que permita focalizar las observaciones y análisis más pertinentes. En segundo lugar, la investigación demandará adelantar un trabajo de seguimiento etnográfico que le permita al investigador no solo observar las “realizaciones” de los participantes en su desempeño sociocultural habitual sino también, registrar qué dicen sobre dichas realizaciones los propios participantes y descubrir, él o los significados, que estas tienen para ellos. (Sandoval, 1996)

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

1. Perfil sociodemográfico.
2. Entrevistas semiestructuradas.
3. Historias de vida.
4. Documentos: Historias clínicas.
5. Diarios de campo.

En las primeras fases de la investigación, el primer objetivo es crear confianza y buena comunicación con los participantes. El objetivo del trabajo de campo es compilar información, datos, sobre el sujeto de investigación. Los antropólogos culturales usan

diversos métodos de recogida de datos, que dependen de las conversaciones que se mantengan con la gente, desde charlas informales, casuales y sin planificación hasta procedimientos más formales. Una entrevista es una técnica de recogida de datos verbales por medio de preguntas o una conversación guiada. (Miller, 2016)

La herramienta que se utilizó, a través de la entrevista, fue un cuestionario con preguntas no estructuradas, abiertas, haciendo el estudio más flexible y dinámico entre la investigadora y los participantes. Posterior a las entrevistas semiestructuradas se eligieron participantes con mayor pluralidad y diversidad para la elaboración de historias de vida (Tabla 11). Una historia de vida es un método cualitativo, una descripción en profundidad de la vida de un individuo relatada al investigador. (Miller, 2016)

### ***3.5.7.3 Procesamiento de Información y Análisis de Datos***

La información obtenida a través de los instrumentos mencionados fue registrada en el diario de campo, así como en una grabadora, posteriormente los datos de las entrevistas e historias de vida fueron transcritos textualmente en una hoja de Office Word versión 2016, para luego ser ordenados. En primer lugar, se dio creación a identificadores de los informantes (Tabla 10), para lo cual se usó identificadores sencillos que den cuenta del perfil del informante. Se suelen usar siglas y el perfil debe dejar claro su rol, género, edad, origen y otras características clave. (Rivas, 2019)

Posteriormente se elaboró los indicadores cualitativos. Un indicador cualitativo se trata de una sola palabra que ayuda a una identificación inmediata del tema tratado por parte del investigador, proviene del marco teórico, de los objetivos del estudio, son creados por el investigador y ayudan a la identificación del sentido de lo que dijo el informante y que está transcrito en los testimonios que contienen el total de la información etnográfica. (Rivas, 2019). El estudio estuvo diseñado con 5 indicadores cualitativos y cada uno estuvo subdividido a su vez en categorías, con la finalidad de obtener mayor información y establecer una realidad colectiva y conclusiones fiables (Figura 1).

### 3.5.7.4. Variables Cualitativas

**Tabla 6. Variables etnográficas cualitativas.**

VARIABLE ESPECÍFICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	INSTRUMENTO
Percepción de la enfermedad	Representación cognitiva creencias que los pacientes tienen sobre su enfermedad (Leventhal et al., 1984 )	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identidad (etiqueta y la naturaleza de la enfermedad)</li> <li>-Etiología (motivos sobre el desarrollo de su enfermedad)</li> <li>-Duración (tiempo de duración de una enfermedad)</li> <li>-Cura/control (tratamiento disponible)</li> <li>-Consecuencias (efecto en la vida del paciente)</li> </ul>	Entrevista semiestructurada Historia de vida 5W1H: ¿Por qué? (motivos, impulsos para su desarrollo) ¿Qué? (acciones e interacciones) ¿Quién? (involucrados) ¿Cuándo? (tiempo del acontecimiento) ¿Dónde? (espacio y lugar del acontecimiento) ¿Cómo? (desarrollode los eventos) (Cardano, 2017)
Visión del futuro	Estructurar un proyecto de vida acorde con las necesidades, las expectativas personales las oportunidades y las posibilidades del entorno. (MEN guía 39).	Planes o proyectos en 5 y 10 años con respecto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familia</li> <li>-Amigos o pares</li> <li>-Estudio</li> </ul>	Entrevista semiestructurada Historia de vida

Relación médico - paciente	La relación médico-paciente (RMP) se define como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. (Rodríguez et al., 2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Actitud</li> <li>-Mirada</li> <li>-Atención</li> <li>-Explicación</li> <li>-Comprensión</li> <li>-Compartir</li> <li>-Información</li> <li>-Riesgos</li> </ul>	<p>Entrevista semiestructurada</p> <p>Historia de vida</p>
Eventos traumáticos / trauma psicológico	Cualquier situación en la que una persona se vea expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad de víctima directa, cercano a la víctima o testigo. (Rodrigo A. Figueroa et al., 2016).	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cambios importantes</li> <li>-Muertes de familiares cercanos</li> <li>-Separaciones</li> <li>-Lesiones físicas</li> <li>-Agresión sexual</li> </ul>	<p>Entrevista semiestructurada</p> <p>Historia de vida</p>
Comportamiento de riesgo	Características personales y comportamentales, así como, variables socio ambientales que puedan ser determinantes para el consumo de sustancias. (Sergio Deodato et al., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consumo de drogas</li> <li>-Relaciones sexuales precoces y sin medidas de protección</li> <li>-Intentos de suicidio</li> <li>-Trastornos de la alimentación</li> <li>-Conductas de inseguridad vial</li> <li>-Comportamientos violentos y antisociales</li> </ul>	<p>Entrevista semiestructurada</p> <p>Historia de vida</p>

Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias de vida

Autor: Dra. Magaly Cornejo

### **3.5.8. Aspectos Bioéticos**

El presente estudio contó con la aprobación de la participación de los adolescentes y sus cuidadores para la recopilación de información, para lo cual se solicitó autorización a través de los siguientes recursos:

1. Asentimiento informado para el adolescente entre 14 y 17 años.
2. Consentimiento informado del cuidador permitiendo la participación del adolescente en el estudio.
3. Consentimiento informado del adolescente igual o mayor de 18 años.
4. Consentimiento informado del cuidador para su participación.

Se respetó los derechos de confidencialidad, por lo que cada entrevista fue manejada con un código asignado de esa manera se mantuvo el anonimato de cada participante; por lo tanto, no fueron violentados sus derechos humanos ni de identidad.

Esta investigación no produjo ningún daño ni afectación física ni psicológica ni de ningún otro tipo, la participación de los adolescentes y sus cuidadores fue voluntaria y se les explicó el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento.

Esta información será presentada en la disertación del trabajo final de tesis y de acuerdo a lo mencionado anteriormente, no se utilizará el nombre de los participantes en este estudio asegurando la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos sobre los participantes.

### **3.5.9. Limitantes de la Investigación**

- Debido a que la cantidad de adolescentes hospitalizados no eran suficiente para mi estudio, fue necesario recurrir a la búsqueda de testimonios en sus domicilios o en lugares en común acuerdo entre el familiar del adolescente y la entrevistadora, situación que fue de riesgo, al verme expuesta a sitios sin ningún resguardo o protección.

- Al tratar con adolescentes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas, que en su mayoría ingresan por heteroagresividad y trastornos psicóticos agudos y a pesar de haber contado con un consultorio para la entrevista, hubo momentos de preocupación acerca de mi seguridad personal, al no contar con el amparo del personal de la institución.
- La falta de conocimiento y práctica acerca de la investigación cualitativa, provocó al inicio un poco de preocupación y dificultad en la investigadora para la realización de ciertos acápite de este estudio, sin embargo, fue superado gracias al apoyo de mi asesor y director metodológico.
- Debido a la emergencia sanitaria por COVID 19, no fue posible re – entrevistar a los participantes, aunque la información trazada en el protocolo fue completada en su integralidad.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

### 4.1. Análisis cuantitativo

#### 4.1.1. Resultados Univariados - Variables Sociodemográficas

##### 4.1.1.1. Edad, Sexo y Nivel Educativo.

Al analizar las variables sociodemográficas se encontró que del total de participantes el 75% (n=9) fueron de sexo masculino, el 50% (n=6) con una edad comprendida entre 15 y 18 años. En cuanto al nivel educativo alcanzado, el 33,3% (n=4) terminó el 2do de Bachillerato, algo importante de mencionar es que el 50% (n=6) de los adolescentes no estudia actualmente.

**Tabla 7. Perfil Sociodemográfico: edad, sexo y nivel educativo.**

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Edad</b>		
15 años	3	25%
16 años	2	16,7%
17 años	2	16,7%
18 años	3	25%
19 años	2	16,7%
Promedio (DE)	16,9	1.44
Mediana	17	(17-17)
<b>Sexo</b>		
Hombre	9	75%
Mujer	3	25%
<b>Nivel Educativo Alcanzado</b>		
9no Básica	3	25%
10mo Básica	2	16,7%
1ero Bachillerato	2	16,7%
2do Bachillerato	4	33,3%
3ero Bachillerato	1	8,3%
Deserción escolar	6	50%

Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias de vida

Autor: Dra. Magaly Cornejo

#### 4.1.1.2. Tipo familiar, Historia Familiar de Consumo, Ingreso Económico Familiar.

Los datos muestran que los adolescentes pertenecen a familias desestructuradas, el 41,7% (n=5) pertenecen a familias monoparentales con progenitor madre, seguido de familias reconstituidas (con padrastro) con el 25% (n=3). La mayoría de adolescentes con un 66,6% (n=8) presentan antecedente familiar de consumo de sustancias, en donde el padre es el consumidor de sustancias psicoactivas con un 41,6% (n=5). De acuerdo al ingreso económico familiar mensual se revela que en la mayoría es menor al salario básico unificado (SBU) con un 58,3% (n=7).

**Tabla 8. Perfil Sociodemográfico: tipo familiar, historia familiar de consumo, ingreso económico familiar.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Tipo familiar</b>		
Monoparental (Madre)	5	41,7%
Reconstituida	3	25%
Nuclear	2	16,7%
Monoparental (Padre)	1	8,3%
Extensa	1	8,3%
<b>Historial familiar de consumo</b>		
Padre	5	41,6%
Ninguno	4	33,3%
Padres, hermanos y otros	2	16,7%
Madre	1	8,3%
<b>Ingreso Económico Familiar</b>		
Menor a SBU	7	58,3%
Igual o mayor a SBU	5	41,7%

Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias de vida

Autor: Dra. Magaly Cornejo

#### 4.1.1.3. Tipo de Sustancia Psicoactiva, Comorbilidad y Tratamiento.

La mayoría de adolescentes practican el policonsumo con un 83,3% (n=10), la sustancia psicoactiva más consumida es marihuana, el 100%(n=12) de los participantes la consume, seguida de alcohol con el 75% (n=9), cocaína y tabaco con el 58,3% respectivamente (n=7). En relación a la comorbilidad, el 41,7% (n=5) presenta depresión y el 25% (n=3) psicosis aguda. Al hablar del tratamiento el 83,3% (n=10) recibe tratamiento farmacológico, el 75% (n=9) terapia psicológica individual y apenas el 8,3% (n=1) recibe tratamiento multifamiliar.

**Tabla 9. Perfil Sociodemográfico: tipo de sustancia psicoactiva, comorbilidad y tratamiento.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Tipo de sustancia</b>		
Marihuana	12	100%
Alcohol	9	75%
Cocaína	7	58,3%
Tabaco	7	58,3%
Cemento de contacto	3	25%
LSD	2	16,7%
Hongos	1	8,3%
Éxtasis	1	8,3%
<b>Comorbilidad</b>		
Depresión	5	41,7%
Psicosis	3	25%
Ninguno	2	16,7%
Trastorno bipolaridad	1	8,3%
Esquizofrenia	1	8,3%
<b>Tratamiento</b>		
Psicológico		
- Terapia individual	9	75%
- Terapia multifamiliar	1	8,3%
Farmacológico	10	83,3%
Abandona tratamiento	2	16,7%

Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias de vida

Autor: Dra. Magaly Cornejo

#### 4.1.1.4. Parentesco, Edad y Nivel Educativo del Cuidador.

En cuanto al parentesco del cuidador, la mayoría corresponde a la madre con un 83,3% (n=10). La mayoría de los cuidadores con un 41,7% (n=5) poseen una edad comprendida entre 46 a 55 años y con un 33,3%(n=4) entre 36 a 45 años. De acuerdo al nivel educativo alcanzado el 66,7% (n=8) culminó la primaria.

**Tabla 10. Perfil Sociodemográfico: parentesco, edad y nivel educativo del cuidador.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Parentesco</b>		
Madre	10	83.3%
Padre	1	8,3%
Hermano	1	8,3%
<b>Edad</b>		
25 - 35	2	16,7%
36 - 45	4	33,3%
46 – 55	5	41,7%
56 – 60	1	8,3%
Promedio (DE)	42,8	7,65
Mediana	43	(39-47)
<b>Nivel educativo alcanzado</b>		
Primaria	8	66,7%
Secundaria	4	33,3%

Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias de vida

Autor: Dra. Magaly Cornejo

#### 4.1.1.5. Número de Compromisos, Número de Hijos y Ocupación del Cuidador.

En cuanto al número de compromisos que tiene el cuidador, la mayoría tienen entre 1 y 2 compromisos con un 41,7% (n=10) respectivamente. El 50% (n=6) de los cuidadores tienen entre 3 a 4 hijos. De acuerdo a la ocupación que realizan con un 41,7% (n=5) la mayoría son comerciantes, seguidos de la ocupación de empleada doméstica con un 25% (n=3).

**Tabla 11. Perfil Sociodemográfico: número de compromisos, número de hijos y ocupación del cuidador.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Número de compromisos</b>		
1	5	41,7%
2	5	41,7%
3	2	16,6%
Promedio (DE)	1,75	0,72
Mediana	2	(2-2)
<b>Número de hijos</b>		
1-2	3	25%
3-4	6	50%
5-6	3	25%
Promedio (DE)	3,2	1,47
Mediana	3	(3-3)
<b>Ocupación</b>		
Comerciante	5	41,7%
Empleada doméstica	3	25%
Ama de casa	2	16,6%
Cobrador	1	8,3%
Empleo público	1	8,3%

Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias de vida

Autor: Dra. Magaly Cornejo

## 4.2. Análisis Cualitativo

### 4.2.1. Identificación y Categorización

Para el análisis en primer lugar se dio creación a identificadores de los informantes (Tabla 10), para lo cual se usó identificadores sencillos que den cuenta del perfil del informante. Se suelen usar siglas y el perfil debe dejar claro su rol, género, edad, origen y otras características clave. (Rivas, 2019)

**Tabla 12. Identificadores de sujetos informantes**

N°	Identificador	Informante
1	M16AMA	Adolescente femenina de 16 años, procedente de Quito con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia; y psicosis aguda.
2	H18ASC	Adolescente masculino de 18 años, procedente de Quito con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias y trastorno psicótico agudo.
3	H18TAD	Adolescente masculino de 18 años procedente de Quito con trastorno por consumo de alcohol; trastorno depresivo grave y trastorno alimenticio.
4	H17ODC	Adolescente masculino de 17 años, procedente de Quito con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, trastorno de personalidad emocional inestable y episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
5	M15AMI	Adolescente femenina de 15 años, hija de migrantes colombianos con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia; trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos.
6	H19TERYA	Adolescente masculino de 19 años, procedente de Quito con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias.
7	H19AMM	Adolescente masculino de 19 años, procedente de Quito con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; trastorno psicótico agudo; esquizofrenia indiferenciada.
8	H17TMYD	Adolescente masculino de 17 años, procedente de Quito con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
9	M16TMCA	Adolescente femenina de 16 años, procedente de Quito con trastorno mental y de comportamiento por uso de sustancias; episodio depresivo leve.
10	H18DSI	Adolescente masculino de 18 años, hijo de padres venezolanos

		con trastorno de comportamiento por uso de sustancias; trastorno depresivo moderado.
<b>11</b>	<b>H15DVI</b>	Adolescente masculino de 15 años, procedente de Quito con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias.
<b>12</b>	<b>H16ATC</b>	Adolescente masculino de 16 años, procedente de Ibarra con trastorno psicótico agudo.

Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias de vida

Autor: Dra. Magaly Cornejo

#### 4.2.2. Resultados de las Historias de Vida

**Tabla 13. Historias de Vida de los Informantes**

<b>N°</b>	<b>Informante</b>	<b>Hospitalizaciones</b>	<b>Perfil</b>
<b>1</b>	<b>M15AMA</b>	3	Adolescente femenina de 15 años procedente de Quito, vive con su madre, padrastro y 3 hermanos. Producto de embarazo no deseado, violencia intrafamiliar (entre padres, de madre hacia ella). Madre con antecedente de consumo de sustancias. Perteneció a una pandilla, aprendió a apuñalar, disparar y robar. Inició tabaco a los 9 años, alcohol a los 11 años, marihuana a los 12 años, aumentó su frecuencia de consumo a los 13 años a diario, por 2 ocasiones sobredosis, participó en microtráfico de drogas y prostitución. Parejas hetero y homosexuales, entre 30 a 40, abuso sexual a los 6 años por tío materno. Cutting desde los 13 años. Intentos autolíticos:3 Tratamiento: carbamazepina, levomepromazina, haloperidol y terapia psicológica individual.
<b>2</b>	<b>H18ASC</b>	4	Adolescente masculino de 18 años, procedente de Quito, vive solo con su padre, hijo único, madre prostituta, padre cobrador, chulquero, consume drogas. Sufrió de maltrato físico. Desde hace 2 años no estudia. Inicia tabaco a los 6 años, alcohol a los 7 años, marihuana desde los 11 años, empezó a consumir más a los 16 años "consumo diario" incluido cocaína y cemento de contacto. Se relaciona solo con consumidores. Presenta alucinaciones auditivas y heteroagresividad desde los 15 años. Proyecto de vida es vender caramelos en las calles. Intentos autolíticos: 0 Tratamiento: levomepromazina, clonazepam, risperidona, haloperidol y terapia psicológica

			individual.
<b>3</b>	<b>H18TAD</b>	2	Adolescente masculino de 18 años procedente de Quito, vive con su padre, madre y 2 hermanos menores. Padre chofer, madre ama de casa. Mala relación familiar, padre bebe alcohol. Existe violencia intrafamiliar (entre padres, de padre hacia hijos). Víctima de bullying por su peso elevado. Inicia alcohol a los 15 años “puntas” frecuencia semanal, desde los 17 años consumo hasta embriaguez, marihuana y cocaína desde los 16 años, trastorno de alimentación (Bulimia) y cutting a los 17 años. Intentos autolíticos: 2. Tratamiento: fluoxetina, levomepromazina, clonazepam, risperidona y terapia psicológica individual.
<b>4</b>	<b>H17ODC</b>	2	Adolescente masculino de 17 años, procedente de Quito, vive sólo con su madre. Hogar desestructurado, tercer hijo de matrimonio, madre fue a la cárcel por 3 años por intento de homicidio contra padre de sus hijos, periodo en el que fueron cuidados por padre quien es alcohólico. A los 12 años se muda con su madre y sufre de maltrato físico. Víctima de bullying. Inicia alcohol a los 13 años, marihuana a los 14 años. Cutting, trastorno de personalidad y episodio depresivo moderado a los 14 años. Sobredosis en 2 ocasiones. Intentos autolíticos: 2 Tratamiento: fluoxetina, carbamazepina, quetiapina y terapia psicológica individual.
<b>5</b>	<b>M15AMI</b>	3	Adolescente femenina de 15 años, hija de migrantes colombianos, vive con madre, padre y 2 hermanos. Padres realizan contrabando de mercadería, estuvieron presos por este motivo. Violencia intrafamiliar (entre padres), consume drogas el padre, hermano y tío materno. Abusada sexualmente por hermano. Inicia tabaco a los 11 años, a los 12 años consume marihuana, éxtasis, cocaína, ketamina, cuadros, ups, tusi, pepas, y alcohol. Participa en microtráfico. Intentos autolíticos: 0 Tratamiento: quetiapina, ácido valproico, carbonato de litio, levomepromazina, biperideno y terapia psicológica individual.
<b>6</b>	<b>H19TERYA</b>	1	Adolescente masculino de 19 años, procedente de Quito, vive con madre y 3 hermanas. Abandono de padre. Madre de 48 años, empleada doméstica, condición de pobreza familiar. Inicia alcohol y

			<p>marihuana desde los 16 años. Por ruptura sentimental incrementa la frecuencia del consumo, inicia Cutting a los 17 años e intentos de suicidio (golpes en la cabeza, se daba contra la pared, contra el piso). Abandona sus estudios. Sobredosis en 1 ocasión.</p> <p>Recibió tratamiento con haloperidol, risperidona, levomepromazina, clonazepam y terapia psicológica individual. Hace 3 meses abandonó el tratamiento, actualmente en recaída.</p>
7	<b>H19AMM</b>	3	<p>Adolescente masculino de 19 años, procedente de Quito, vive con madre, es el mayor de 4 hermanos. Padres divorciados desde hace siete años. Violencia intrafamiliar (entre padres, de padre a hijos). Padre alcohólico y drogadicto. Condición de pobreza familiar. Inició consumo de marihuana, cocaína, LSD, éxtasis, cemento de contacto, Ayahuasca a los 14 años. Inicia tabaco dos cigarrillos diarios desde los 15 años. Trabajó como DJ en un bar. Sale de casa como mochilero y desaparece por días, siempre lo encuentran en condiciones deplorables, durmiendo en casas abandonadas. Pertenece a una pandilla. Roba a su madre y otros para poder consumir y comer. Hermana de 15 años consume drogas. Ingresado en 3 ocasiones por heteroagresividad y alucinaciones. Intentos autolíticos: 0</p> <p>Tratamiento: levomepromazina, haloperidol, carbamazepina y terapia psicológica individual.</p>
8	<b>H17TMYD</b>	3	<p>Adolescente masculino de 17 años, procedente de Quito, vive con madre, un hermano y padrastro. Rechazo, abandono y maltrato de padre biológico desde su nacimiento. Padre biológico alcohólico. Violencia intrafamiliar actual (entre padrastro y madre, de padrastro a paciente). Madre ama de casa, padrastro taxista. Cutting desde los 12 años. Inició consumo de marihuana a los 13 años, por experimentar y luego como forma de escape a su depresión.</p> <p>Intento autolíticos: 3</p> <p>Tratamiento: fluoxetina, carbamazepina y terapia psicológica multifamiliar.</p>
9	<b>M16TMCA</b>	3	<p>Adolescente femenina de 16 años, procedente de Quito, vive con madre, 2 hermanos y padrastro. Madre sufrió de acoso sexual y maltrato físico por su padre, tuvo 3 compromisos. Padre alcohólico, robaba el dinero que la madre dejaba a sus hijas y</p>

			<p>desaparecía por días, estuvieron a su cargo por 1 año y sufrió en ese tiempo acoso sexual de padre biológico.</p> <p>Cutting desde los 14 años. Inició marihuana, LSD y alcohol a los 15 años. Alucinaciones auditivas desde hace 1 año. Intentos autolíticos: 3</p> <p>Tratamiento: Risperidona, fluoxetina y terapia psicológica individual.</p>
10	H18DSI	2	<p>Adolescente masculino de 18 años, hijo de padres venezolanos, vive con su hermano, cuñada y sobrino. Es el menor de tres hijos, cada hijo de diferente padre. Padres fallecen en accidente de tránsito, cuando tenía 10 años. Reside en Quito desde hace 4 meses. Cutting desde los 12 años por recuerdo de madre y ruptura sentimental. Inicia cocaína, marihuana, crip y a los 14 años, alcohol a los 16 años consumo semanal hasta la embriaguez. Tabaco niega. Intento autolíticos: 2</p> <p>Tratamiento: fluoxetina, levomepromazina, clonazepam, risperidona y terapia psicológica individual.</p>
11	H15DVI	2	<p>Adolescente masculino de 15 años, procedente de Quito, vive solo con su madre y media hermana. Violencia intrafamiliar (entre padres y de padre a hijos). Padre de 37 años, era alcohólico y drogadicto, madre de 35 años convivieron 8 años, de este compromiso tuvieron 2 hijos: paciente y su hermana que falleció a los 6 años, refieren por "suicidio" al lanzarse a un tanque de agua. Inicio de alcohol, marihuana y tabaco a los 13 años, desde hace 1 año polvo de cocaína y cemento de contacto diario. Agrede verbalmente a las autoridades, incita a problemas entre alumnos, influye al consumo a estudiantes de otros cursos, amenaza de muerte con cuchillo a psicólogo del colegio razón por la que lo retiran del colegio. Intentos autolíticos: 2</p> <p>Recibió tratamiento con carbamazepina, levomepromazina y terapia psicológica individual, hace 4 meses abandona tratamiento, actualmente en recaída.</p>
12	H16ATC	2	<p>Adolescente masculino de 16 años, procedente de Ibarra vive solo con madre, es el menor de tres hermanos. A los 7 años viajó a España donde vive con su padre durante 7 meses y luego regresa a vivir con su madre. Menciona haber sido víctima de abuso sexual. Bullying a los 12 años era</p>

			amenazado, maltratado y obligado a consumir drogas y cometer otros delitos; tabaco a los 15 años, desde hace 2 meses alucinógenos. Ingresó a una pandilla donde inicia alcohol y sufre de amenazas. Intento autolítico: 1 Tratamiento: levomepromazina, haloperidol, carbamazepina y terapia psicológica individual.
--	--	--	--

Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias de vida

Autor: Dra. Magaly Cornejo

### **4.2.3. Análisis de las Historias de Vida**

La mayoría de adolescentes tienen una familia desestructurada, apenas el 16,7% (n=2) de estas familias son nucleares, el resto sufrieron de separaciones o abandono, esto se relaciona al tipo familiar donde el 41,7% (n=5) son familias monoparentales con progenitor madre, el 25% (n=3) corresponden a familias reconstituidas, donde existe la presencia del padrastro. En el 83,3% (n=10) de las familias existe un clima familiar caótico, caracterizado por la mala relación y violencia intrafamiliar, además el 66,6% (n=8) de los adolescentes presentan antecedente familiar de consumo de sustancias.

El 58,3% (n=7) de los adolescentes presentaron un inicio de consumo de sustancias psicoactivas entre los 13 a 15 años de edad, pero podemos observar en algunos de ellos un inicio a temprana edad (6 años), así como es evidente el policonsumo en la gran mayoría.

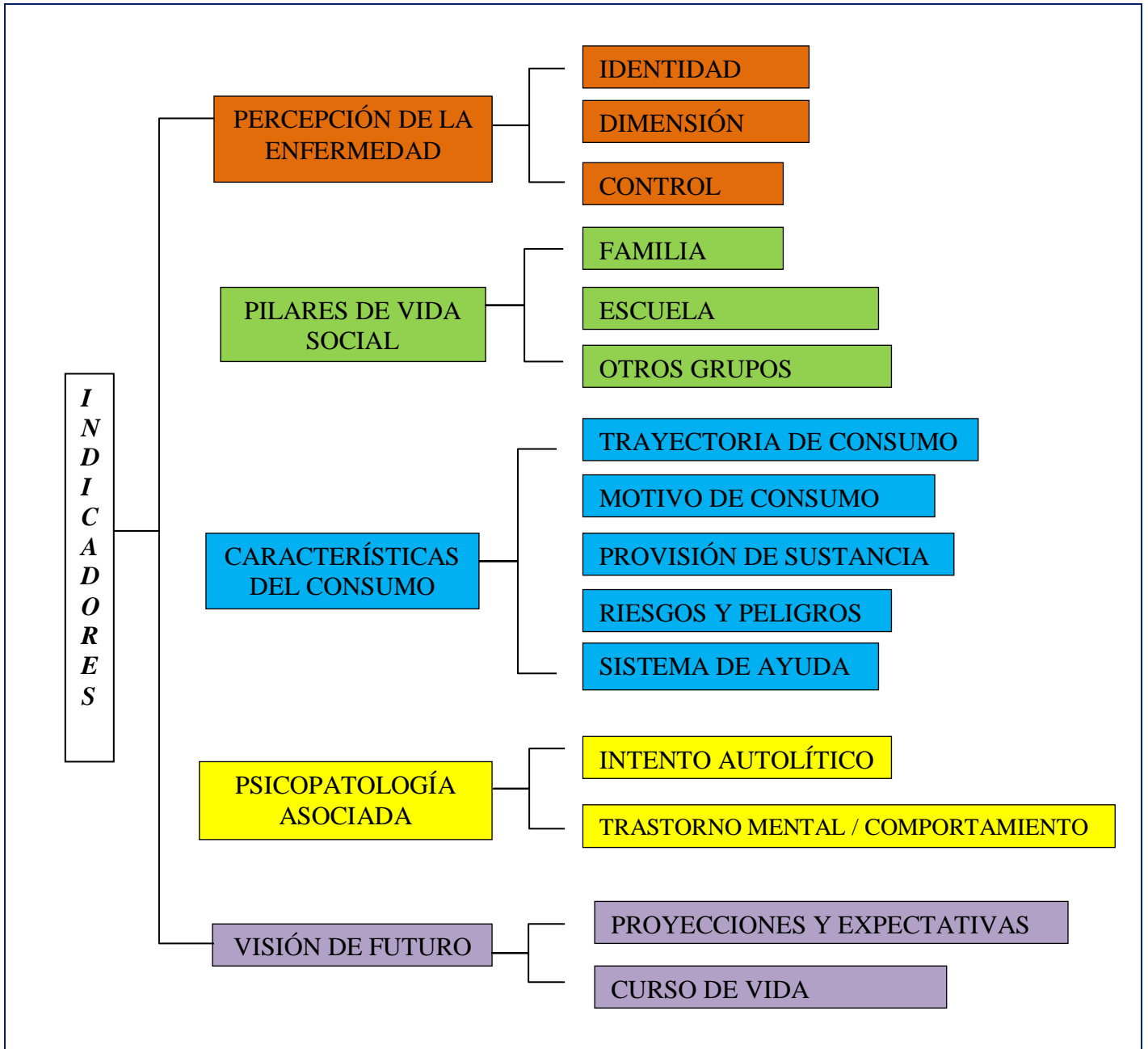
Se puede observar otros eventos negativos como conductas sexuales inapropiadas de las que fueron víctimas los adolescentes, como acoso y abuso sexual realizado por miembros familiares (padres, hermanos y tíos).

Dentro de las comorbilidades sobresale la presencia de depresión en la mayoría de los adolescentes, además se observó en el 58,3% (n=7) signos como cutting y el 75% (n=9) de los adolescentes tenían antecedente de intento autolítico.

Con respecto al tratamiento reciben tratamiento farmacológico en base a una serie de combinación de medicamentos que son antidepresivos, estabilizadores del ánimo, neurolépticos, ansiolíticos y anticonvulsivantes, además reciben terapia psicológica individual. El 16,7% (n=2) de los adolescentes abandonaron el tratamiento y se encuentran actualmente en recaída.

#### 4.2.4. Indicadores Cualitativos

Figura 1. Indicadores cualitativos.



Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias de vida  
Autor: Dra. Magaly Cornejo

#### 4.2.5. Definición de Categorías Utilizadas para la Integración de Información

**Tabla 14. Categorías utilizadas para la integración de información**

1	Identidad	Percepción de su trastorno como enfermedad.
2	Dimensión	Creencias acerca de cuánto tiempo puede durar una enfermedad; si se trata de una afección a largo o corto plazo.
3	Control	Percepción sobre el tratamiento disponible y cómo el propio comportamiento puede influir en el curso de la enfermedad.
4	Familia	Identificación de familias disfuncionales, presencia de maltrato intrafamiliar, abandono o descuido de padres, separación de padres o familiares. Antecedente de acoso o abuso sexual. Historial familiar de consumo.
5	Escuela	Relación con pares, consumo de sustancias, presencia de bullying.
6	Otros grupos sociales	Vínculo con pandillas, actos antisociales.
7	Trayectoria del consumo	Información acerca de edad de inicio de consumo, tipo de sustancias consumidas, personas que acompañan y espacio físico donde se desarrolla dicho consumo, consecuencias del consumo.
8	Motivo de consumo	Razón o circunstancia que provoca el consumo de sustancias psicoactivas.
9	Provisión de sustancia	Fuentes de acceso a sustancias psicoactivas.
10	Riesgos y peligros	Situación de amenaza o un contratiempo.
11	Sistema de ayuda	Instituciones que tengan como objetivo la prevención y tratamiento del consumo de sustancias en adolescentes.
12	Intento autolítico	Actos que una persona se provoca de forma intencional con la finalidad de muerte.
13	Trastorno mental/comportamiento	Deterioro en el control del consumo de sustancias, deterioro de las interacciones sociales, riesgo físico y psicológico derivado del consumo.
14	Proyecciones y expectativas	Visión a futuro en relación a su vida personal y profesional.
15	Curso de vida	Experiencias acumulativas que influyen en sus deseos.

Fuente: Entrevistas semiestructuradas e historias de vida  
 Autor: Dra. Magaly Cornejo.

### **4.3. Análisis Etnográfico**

A través de la etnografía iniciaremos el análisis brindando sentido a los testimonios, este sentido lo brinda el marco teórico y el propio criterio del investigador para el cumplimiento de los objetivos planteados. Este análisis cualitativo está debidamente organizado en 5 capítulos de acuerdo a los indicadores y categorías descritas previamente. A continuación, el análisis de cada uno de ellos a través de testimonios, figuras y tablas.

#### **4.3.1 Percepción de los Adolescentes y sus Cuidadores con Respecto al Trastorno por Uso de Sustancias.**

En este capítulo narraremos algunos testimonios en relación a la percepción que tienen los adolescentes y cuidadores con respecto al trastorno por uso de sustancias, sobre todo en lo relativo a como lo identifican, tiempo de duración y control o tratamiento. Este capítulo permitirá la comprensión de la baja percepción del riesgo que tienen los adolescentes con respecto al consumo de sustancias psicoactivas.

##### **4.3.1.1 “Mi consumo no es enfermedad”**

###### ***Percepción de la enfermedad: Identidad, dimensión y control***

La percepción de la enfermedad se define como la representación cognitiva o creencias que los pacientes tienen sobre su enfermedad (Leventhal et al,1984). Estas percepciones se desarrollan a través de la información que un paciente recibe de fuentes formales e informales, incluida la emitida por trabajadores de la salud, los medios de comunicación, la familia, los amigos y otros pacientes (Petrie & Weinman, 2006).



dejaron algún tiempo, después ya estaba bien y salí” (*Testimonio de adolescente de 19 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, ingresó por sobredosis*)

Estos resultados están en concordancia con otro estudio realizado en el 2017, en el que se determina que las creencias y actitud de los/as jóvenes respecto al consumo afecta su percepción al asumir mayores riesgos, correlacionándose con la percepción de menor peligrosidad o afectación de su salud por lo que se considera que mientras menor es la percepción del riesgo mayor es el consumo. (Robles, Espinel & Guevara, 2017)

La falta de percepción de riesgo en su salud, demuestra la normalización del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes:

- ✓ “Conozco las normales, las que existen, el alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, las que todo el mundo consume, hay más, pero yo no he llegado a meterme tantas cosas” (*Testimonio de adolescente de 19 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, ingresó por sobredosis*)
- ✓ “La verdad todo depende de cómo las puedas usar, hay personas que la usan, así como algo normal, pero tienen otros usos como medicina” (*Testimonio de adolescente de 18 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, ingresó por sobredosis*)
- ✓ “Si uno se deja llevar por eso creo que sí, pero si uno lo controla o lo hace por recreatividad no creo que le afecte, yo no he tenido ningún problema por eso” (*Testimonio de adolescente de 17 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, ingresado por sobredosis en 2 ocasiones*)
- ✓ “Consumir es normal, como comer, yo no estoy enfermo ni soy una amenaza para nadie” (*Testimonio de adolescente de 19 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; ingresó por un trastorno psicótico agudo*)

Llama la atención que los adolescentes no puedan o no quieren percibir a su propio consumo como una enfermedad, pero cuando preguntamos sobre las consecuencias o lo que es una droga, ellos mencionan palabras como: daño al cuerpo, daño a neuronas, puedes delirar, se vuelve un

vicio, causa problemas con la familia y con la sociedad.

- ✓ “Sólo sé que es algo que te daña el cuerpo a lo largo del tiempo, tal vez el delirar cosas, dañan tu sistema nervioso” (*Testimonio de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de sustancias; con tres intentos autolíticos*)
- ✓ “Una droga es algo que nos hace hacer cosas que no queramos, yo he probado la base de cocaína y la marihuana, según lo que me habían dicho es que dañan las neuronas, también en la vida se convierte en un vicio y ya no puedes salir de eso y haces todo lo posible por comprar” (*Testimonio de adolescente de 18 años con trastorno por consumo de alcohol*)
- ✓ “Causa problemas con la familia, sobre todo con las madres, muchos problemas, porque las madres quieren que tengas un futuro, un trabajo con que sustentarte y ven que sus hijos se drogan es como se les cayera el mundo, te contaminan el organismo” (*Testimonio de adolescente de 18 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, que ingresó por un trastorno psicótico agudo*)

La baja percepción de riesgo es uno de los factores que en mayor medida promueven o favorecen el consumo de sustancias en los adolescentes, sin embargo, podemos darnos cuenta que los adolescentes se encuentran informados acerca de las consecuencias perjudiciales relacionadas con el consumo, entonces ¿a qué se debe esta baja percepción del riesgo? Esto se debe en primer lugar al desarrollo del adolescente en un entorno familiar con padres y hermanos consumidores, siendo el consumo un acto habitual en sus hogares, por lo tanto su percepción del riesgo está sesgada desde temprana edad; en segundo lugar por la influencia de las normas sociales al considerar a las drogas legales (alcohol y cigarrillos) socialmente como “normales” o “blandas”, los adultos transfieren de forma indirecta al adolescente la idea de ausencia de riesgo con el consumo de alcohol y tabaco, vinculándolos a la noción de ser necesarios para acontecimiento de diversión y animación de fiestas.

En cuanto a la percepción acerca de cuánto tiempo puede durar su enfermedad y cómo el propio comportamiento puede influir en el curso de la enfermedad, palabras como: temporal, control, solución son mencionados por los adolescentes, al no tener una alta percepción de riesgo están en

mayor peligro de iniciar el consumo de drogas, así como de tener la creencia de que pueden tener control en su consumo.

- ✓ “Todo tiene solución, si consumen drogas pues háganlo con moderación como yo”  
*(Testimonio de adolescente de 17 años con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos)*
- ✓ “Obvio que tengo cura, lo que necesito es nada, no pensar en eso” *(Testimonio de adolescente de 15 años con síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar)*
- ✓ “No es necesario medicación, porque yo si me puedo controlar” *(Testimonio de adolescente de 18 años con trastorno por consumo de alcohol, con 2 hospitalizaciones)*

Los adolescentes a pesar de conocer las consecuencias negativas sobre su salud, tienden a experimentar con una variedad de sustancias psicoactivas, esto podría ser explicado por la alta sensación de control del consumo, el llamado “autocontrol”, que hace que disminuya la percepción del riesgo asociado al consumo, esto se debe a que el adolescente se encuentra en una fase de transición a la edad adulta que hace que muchos jóvenes se sientan invencibles y su “libertad” recién descubierta los hace vulnerables a tomar malas decisiones, como participar en el uso de sustancias, recordemos que el consumo de drogas se dan en tiempos de ocio y de fiesta, aquí dichos consumos se consideran aceptables, debido a que se aprecian como riesgos que los jóvenes deben experimentar.

En cuanto a los cuidadores mencionan palabras como: crónico, terrible, enfermedad, loco, adicción, dañan la vida, para expresar su percepción a cerca de la enfermedad de sus hijos:

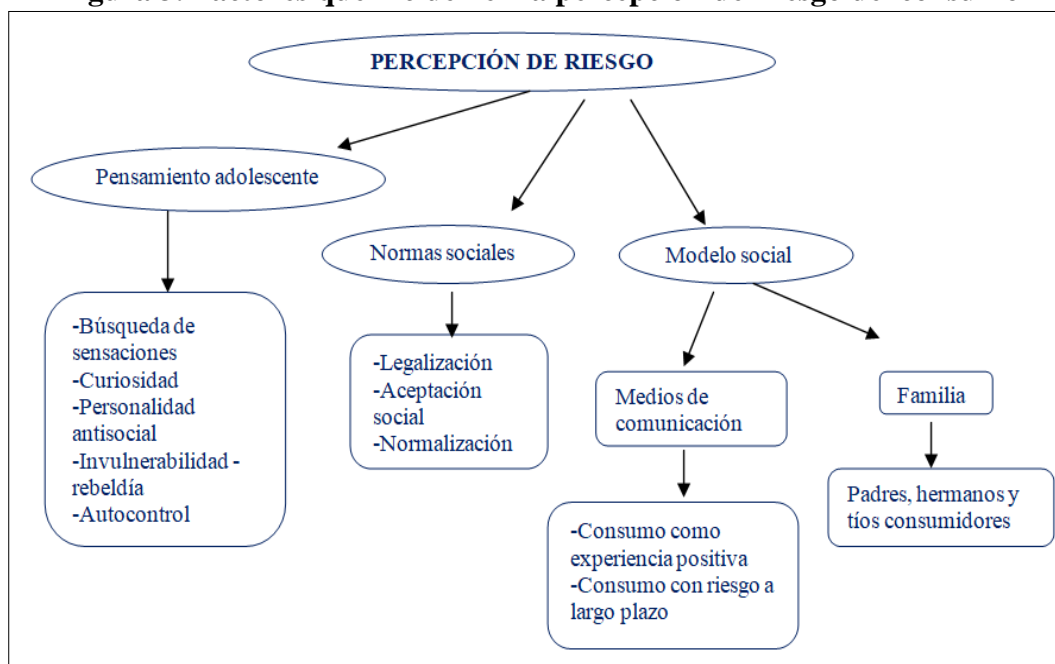
- ✓ “Yo creo que su problema es crónico porque ella siempre se crió muy mimada del papá, ella siempre pensó que el papá era el mejor, y él no quiere ni verla, cada que vengo me pregunta ¿mi padre te llamó? y yo le digo que no y veo la expresión en su cara”  
*(Testimonio de madre de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancia y síndrome de dependencia)*
- ✓ “No pues para mí eso es tenaz, es algo terrible que yo no sé, si ella logre salir más tarde”  
*(Testimonio de madre de adolescente de 15 años con síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar)*

- ✓ “Se niega a recibir ayuda, ya es una adicción, él me dice siempre que solo consumiendo se siente bien” (*Testimonio de padre de adolescente de 18 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias y trastorno psicótico agudo*)
  
- ✓ “Yo sufrí de eso, se podría decir que es temporal, es de uno, uno tiene que poner de parte, yo también pase por esto, lo de él es poquito para lo que yo pase, entonces se puede decir q yo soy más fuerte que él, yo le digo que, si tu no pones de parte, no vas a salir de esto y vas a estar toda la vida tomando medicamentos” (*Testimonio de madre de adolescente de 17 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*)

Estos relatos demuestran que la percepción que tenga tanto el adolescente como los cuidadores sobre la enfermedad, desempeña un papel importante en la comprensión de su trastorno, tanto en cómo identificar su problema, los síntomas asociados, consecuencias, lo que influye en su duración y esto a su vez contribuye en su respuesta emocional y búsqueda de ayuda.

En la sociedad se aprecia la normalización del consumo, unos haciendo más abierto el consumo, de cannabis, sobre todo, los otros tomándolo como inevitable, como un riesgo necesario que los adolescentes deben experimentar. Esta ‘normalización’ no solo se debe a un incremento de la oferta y disponibilidad, se debe a un giro en las normas, valores y significados de estas conductas dentro del entorno social donde se desarrolla el adolescente, esto se ve reflejado en los anteriores testimonios que demuestran la tolerancia y conductas favorables al consumo al crecer con padres y hermanos consumidores. La disminución o falta de percepción del riesgo causa que los adolescentes estén en mayor peligro de iniciar el consumo de drogas y además la aceptación social percibida con respecto al consumo de drogas, son variables facilitadoras del consumo.

**Figura 3. Factores que inciden en la percepción del riesgo del consumo**



**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas e historias de vida. **Autor:** Dra. Magaly Cornejo

La percepción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas está determinada por varios aspectos, en primer lugar por los pensamientos del adolescente, la adolescencia es una etapa donde experimentan la búsqueda de nuevas sensaciones así como de curiosidad (Molero et al., 2017) esta transición hacia la etapa adulta crea en ellos pensamientos de invulnerabilidad y de rebeldía hacia las normas de los adultos y pensamientos de autocontrol predisponiéndolos a mayor riesgo de conductas problema.

Crecer en un entorno familiar con padres y hermanos consumidores hace del consumo un acto habitual en sus hogares, además la normalización del consumo dentro de la sociedad sobre todo de las drogas legales “alcohol y tabaco” al considerarlas como aceptables y necesarias dentro de un entorno festivo y de diversión, observaremos el mismo comportamiento en las actividades realizadas por los adolescentes en su tiempo libre, de ocio y fin de semana. Los medios de comunicación también juegan un papel en la percepción al vincular el consumo de alcohol y tabaco con resultados positivos, en relación a búsqueda de sensaciones y diversión, la experimentación temprana con estas sustancias facilita la posterior experimentación con otras sustancias psicoactivas.

### **4.3.2. Pilares de Vida Social de los Adolescentes con Trastorno Mental y de Comportamiento por Uso de Sustancias**

En este capítulo se presenta la información relacionada con los pilares de vida social de los adolescentes representado por la familia, escuela y otros grupos sociales. Estas instituciones educativas y de socialización cumplen un rol fundamental en la adaptación psicosocial y pueden potenciar o inhibir conductas de riesgo en el adolescente como lo es el consumo sustancias psicoactivas.

#### **4.3.2.1. “La pegaba a mi hija hasta cansarme, me daba iras que se apegaba más a su padre que a mi”**

##### ***Hogar caótico***

La influencia de la familia en el comportamiento de hijos, incluyendo las conductas problemáticas, viene avalada por décadas de investigación empírica, tal como recogen Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker & Gary (1999). En este sentido, las prácticas de crianza negativas pueden tener consecuencias muy importantes en el desarrollo de factores de riesgo y de conductas problema como el consumo de drogas, la conducta sexual precoz o la conducta antisocial. (Orte, et al, 2017)

Con el aumento del número de divorcios como del de hogares monoparentales, la figura del padre ausente se refiere a aquellos padres que a consecuencia de una separación o divorcio tienen poco contacto con sus hijos o lo pierden completamente, es considerado que éste es el factor determinante para una gran variedad de problemas sociales. Sin embargo, en múltiples casos de separación y divorcio, los padres siguen desempeñando su papel a lo largo de la vida de sus hijos a pesar de no compartir el mismo hogar. Dicho de otro modo, la configuración del hogar puede no ser tan importante como la calidad de los cuidadores, la atención y el apoyo que los niños reciban de sus integrantes. (Giddens & Sutton, 2013)

Figura 4. Pilares de vida social: Familia.



Elaborado: Wordcloud. Autor: Dra. Magaly Cornejo

La figura presenta palabras que están asociadas al tipo familiar al que pertenecen los adolescentes, demuestran disfunción familiar pero además los relatos evidencian violencia intrafamiliar un factor en común de todos los testimonios. En cada uno de los fragmentos de la entrevista que a continuación se reseña, muestra los eventos traumáticos a lo que han estado expuestos los adolescentes desde que eran niños.

- ✓ “La pegaba hasta cansarme, me daba iras q se apegaba más a su padre que a mí, es que siempre fue rebelde, se fue de la casa a los 9 años donde la abuela y me la devolvieron, tuvimos contratiempo porque siempre fue déspota para tratar a sus hermanos y a mí, fría y déspota, siempre ordenaba y quería que todos se muevan a lo que ella decía, un día le pegó al hermano, yo le castigué, ella me devolvió, me cegó y la pegué mucho, se escapó y se fue a buscar a su papá y él regresó con policías para llevarme presa por maltrato infantil, me llevaron presa, me hicieron pagar multa y trabajo comunitario y me sacaron boleta de auxilio. Es que ellos no entendían yo les decía: yo te pego porque te

quiero” (*Testimonio de madre de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, síndrome de dependencia y psicosis aguda*)

- ✓ “Yo estoy con él por su dinero, si yo pudiera independizarme, no estuviera con él, porque me cae mal, lo odio, lo detesto, nunca tiene tiempo para mí, no soy importante para él, siempre me maltrataba.” (*Testimonio de adolescente de 18 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancia y trastorno psicótico agudo*)
- ✓ “El papá no le quería, él tomaba, no trabajaba, prácticamente no quiso hacerse responsable y por eso lo trataba mal, llegaba borracho y me golpeaba, incluso una vez mi hijo estaba enfermo y lloraba por lo que estaba enfermito, él lo cogió de los piecitos y lo lanzó, entonces no pude soportar todo eso y me separé. (*Testimonio de madre de adolescente de 17 años con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*)
- ✓ “Para mi pensar el darles techo, comida y el estudio ya tendrían que estar agradecidos, pero yo dar cariño antes no podía, cuando estaban enfermos los atendía, pero no les daba cariño”( *Testimonio de madre de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, síndrome de dependencia y psicosis aguda*)

La familia como instituto socializador primario del adolescentes el elemento central más importante y desempeña un papel fundamental en el desarrollo de conductas problema, los relatos evidencian que la disfunción familiar y el consumo de sustancias psicoactivas por parte de alguno de los miembros del hogar influyen directamente en el riesgo de que sus hijos también consuman. Es evidente la desintegración del núcleo familiar que en su mayoría son con padre ausente, sumado a que son los padres los principales consumidores del hogar, esto causa mayor pobreza en la familia y obliga a las madres a ser el único sustento de casaprovocando que ejerzan mayores jornadas de trabajo, su ausencia durante el día provoca que sus hijos mayores desempeñen el papel de madre o padre con sus hermanos menores, pero además observamos que los adolescentes están expuestos a un clima familiar caótico caracterizado por violencia intrafamiliar.

Los testimonios demuestran disfunción familiar, se puede observar que el consumo de drogas

esta mediado por variables como la presencia de un ambiente familiar caracterizado por conflictos entre padres-hijos, problemas en la unión familiar: comunicación, actividades en conjunto y apoyo de los padres, estilos de crianza negativos, relaciones no afectivas hacia los hijos, falta de control parental, falta de supervisión, la presencia de disciplina punitiva o coercitiva, falta de cercanía de padres-hijos y de actividades compartidas, que los lleva a presentar conductas delictivas y/o pertenencia de amigos con problemas conductuales y consumo de drogas. (Díaz & Amaya, 2012)

Esta falta de vigilancia parental sumado a la falta de cuidado, interés y afecto entre el cuidador y sus hijos provoca que los adolescentes sustituyan la familia por el grupo de pares de similar edad e intereses, esto explicaría la conducta desviada observada en estos adolescentes caracterizado por el irrespeto a normas sociales elementales, al encontrarse envueltos en actos de violencia, delincuencia, consumo y tráfico de drogas.

La desintegración familiar y la violencia intrafamiliar es algo que también se observa en los testimonios de los cuidadores, ellos también estuvieron sometidos a estilos de crianza negativos en su niñez y adolescencia, esto explica la influencia que tiene la familia en el comportamiento de sus hijos, refleja por lo tanto un aprendizaje social, un círculo de agresión sin fin. A continuación, testimonios de los cuidadores con respecto a lo comentado:

- ✓ “No me crié con mi mamá, recuerdo a los 7 años vivíamos con mi papá, él se levantaba nos llevaba al colegio, pero la mayoría del tiempo pasábamos con mis abuelitos y tíos, ellos me golpeaban mucho” (*Testimonio de madre de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia; y psicosis aguda*)
- ✓ “Mi madre era muy dura, yo era la última de 12 hijos, mis hermanas todas se embarazaron en el colegio entonces yo pague los platos rotos por culpa de ellas, todas tuvieron estudios menos yo. Yo me eduqué por mis jefes donde trabajaba de empleada doméstica de adolescente” (*Testimonio de madre de adolescente de 17 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, trastorno de personalidad emocional inestable y episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*)

- ✓ “Mi niñez fue muy humilde, nos hizo mucha falta lo económico, mi padre era alcohólico, mis hermanos menores también siguieron el ejemplo y tomaban bastante. Yo viví acoso sexual de mi papi desde los 11 años, la última hija también fue acosada por mi papi”  
*(Testimonio de madre de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de sustancias y episodio depresivo leve)*

Los relatos de los adolescentes y los cuidadores demuestran presencia de agresividad, relaciones no afectivas entre padres e hijos, pero también otros eventos negativos como conductas sexuales inapropiadas de los que fueron víctimas, palabras como abuso y toqueteos fueron utilizadas con este fin. A continuación, se detalla en los testimonios:

- ✓ “Mi hija sufrió toqueteos por parte de él, yo me enteré y me separé, pero no le seguimos juicio porque ya me quedé en la calle, él se llevó todo y cuando me enteré que él hacía eso con mi hija, yo me separé y me fui con mi papi.” *(Testimonio de madre de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de sustancias, con tres intentos autolíticos)*
- ✓ “Mi papá llegó chumado, se desnudó y se me puso por detrás, lo hizo varias veces, no conté a nadie, tenía miedo de que me peguen” *(Testimonio de adolescente de 16 años con trastorno psicótico agudo)*
- ✓ “Bueno, cuando estaba malita decía que su hermano la abusó, pero ahora ya no dice nada, pero esas tocadas no era abuso sexual solo juego de niños” *(Testimonio de madre de adolescente de 15 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar)*

Los testimonios demuestran que los adolescentes y cuidadores vivieron dentro de un entorno familiar caótico, caracterizado por conflictos entre padres, padres e hijos, falta de comunicación y apoyo de los padres, en general estilos de crianza negativos. Estar inmersos en situaciones de violencia familiar es uno de los más potentes factores de riesgo, en el caso de los niños/as y adolescentes para repetir este tipo de conducta cuando crezcan. Además, se puede observar que los adolescentes eran víctimas de violencia sexual, la cual se inició en sus hogares y fue impartida por miembros nucleares de la familia: padres y hermanos principalmente. Esto quiere

decir que crecer en contextos familiares donde existe violencia es un predictor para la aparición de diversos problemas emocionales y de conducta, tanto a corto como a largo plazo, al volverse un modelo de crianza negativo a seguir.

**Figura 5. Características del hogar de los adolescentes con trastornos por uso de sustancia**



**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas e historias de vida. **Autor:** Dra. Magaly Cornejo

Como podemos observar la sola desconfiguración familiar no explica el inicio del consumo de sustancias, la gran cantidad de factores de riesgo familiares mencionados previamente en relación al ambiente familiar, afecto y cercanía entre padres e hijos influye de forma más directa en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes. Sin duda la comunicación tiene un lugar principal en la efectividad y calidad del sistema familiar a través de la interacción de los miembros familiares, así como de la retroalimentación de pensamientos, necesidades y sentimientos convirtiéndose en un pilar fundamental de la dinámica



Hay que recordar que parte del desarrollo del adolescente es la sustitución de la familia por el grupo de amigos como referencia y su relación se desplaza hacia sus compañeros de similar edad e intereses. En la figura 6 podemos observar palabras en relación a sus pares que ya tuvieron experiencia previa con el consumo y son los que ofrecen la sustancia psicoactiva, ellos consumen en busca de aceptación grupal, sobre todo aquellos que fueron víctima de bullying, pero además por curiosidad, rebeldía, diversión y como una ruta de escape de sus problemas familiares.

- ✓ “Mis amigos del colegio sabían que me drogaba, pero me dejaban, con tal que consumiera con ellos alcohol, a veces veían que me ponía en mal plan, agresiva, me decían que ya pare de consumir, que vea como estoy, yo los golpeaba y les decía que me dejen en paz, entonces preferían no decirme nada” (*Testimonio de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancia y síndrome de dependencia*)
- ✓ “Mis amigos conocen todas las drogas, lo que hacía con ellos era drogarme, a cualquier hora” (*Testimonio de adolescente de 15 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar*)
- ✓ “Me molestaban por mi peso elevado, me decían gordo, feo, cachetón y yo los golpeaba con puñetes cuando me molestaban. No eran mis amigos de verdad, porque un amigo no te lleva a tomar, sino que hacen lo mejor para ti, eran amigos de chuma” (*Testimonio de adolescente de 18 años con trastorno por consumo de alcohol; trastorno depresivo grave y trastorno alimenticio*)
- ✓ “Se podría decir que él no tiene amigos, cuando estaba en el colegio se llevaba con dos muchachos, que no me gustaban, el uno porque fumaba drogas, se cortaba, una vez vi a mi hijo cortado le dije ¿por qué te cortas así? y me dijo: Ay usted se queja de ese poquito, si el Sánchez se hizo más, entonces le dije: si el Sánchez se mata tú también te vas a matar? Si éllo hace, allá problema de él, pero tú no tienes por qué andarte mutilando solito, entonces no me gustaba ese muchacho para nada” (*Testimonio de madre de adolescente de 17 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, trastorno de personalidad emocional inestable y episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*)

Las experiencias relatadas por los adolescentes reflejan que el primer contacto con las drogas se realiza en ámbitos de interacción social integrados por amigos como lo es el colegio, constituyéndose como un requisito productor de vínculos de sociabilidad con la única pretensión de ingresar en interacción y aceptación recíproca con sus pares. Sin embargo, es importante aquí mencionar que la mayoría de adolescentes tenían historial familiar de consumo donde el padre era el principal consumidor, por lo tanto, crecieron dentro de un entorno donde el consumo de sustancias psicoactivas es tolerado y aceptado como normal, incluso en algunos casos fueron alentados por familiares a consumir. Pero además del consumo de sustancias psicoactivas, la imitación de actos como cutting son evidentes en los testimonios, reflejando que estas acciones son aprendidas socialmente.

#### **4.3.2.3 “Empecé a llevarme con gente de la calle,ellos formaron una pandilla y yo me hice parte de ella”**

##### ***Otros grupos sociales***

Es un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los jóvenes, ya que el grupo de compañeros va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los compañeros de similar edad e intereses. (Laespada, Iraurgi & Aróstegi, 2004)



- ✓ “Una amiga la conozco que va a la casa, pero también consume drogas pero yo por evitar que esté en la calle con ella, la dejé como dos veces en la casa, pero me di cuenta que la mamá no se interesa por esa niña, no le importa si come y la muchachita es bien flaquita, cuando va a mi casa yo le doy comida, pero ya no quiero que vaya, porque yo no sé en la noche que hace” (*Testimonio de madre de adolescente de 15 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias y trastorno afectivo bipolar*)
  
- ✓ “Con los que consumía eran personas que andan por ahí en la calle, solo nos relacionábamos para consumir, mis amigos ellos no consumen drogas” (*Testimonio de adolescente masculino de 19 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias*)
  
- ✓ “Sale a tomar el sol toda la mañana, medita y consume marihuana, se va de casa y desaparece por días, una vez como mochilero se fue a Pedernales (playa) y lo encontraron unos pescadores perdido, deambulando, en diciembre lo encontré en una quebrada durmiendo en una casa abandonada” (*Testimonio de madre de adolescentede 19 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; trastorno psicótico agudo; esquizofrenia indiferenciada.*)

Estos testimonios demuestran que una vez iniciado el consumo de sustancias psicoactivas el mantenimiento del mismo está influenciado por otros grupos sociales diferentes al de la escuela, los adolescentes inician una relación con consumidores que son personas que encuentran en la calle, forman parte de pandillas e inician una convivencia con personas donde el único interés en común es el consumo. En este punto sus acciones no tienen nada que ver con aceptación grupal, identidad o recreatividad con amigos, esto muestra la severidad del trastorno por uso de sustancias evidenciado por el deterioro en el control del consumo, interacciones sociales perjudiciales, así como el riesgo físico y psicológico derivado de su consumo.

Se puede observar la escasa supervisión y control de los padres, reflejado en la falta de conocimiento de las actividades y amigos, de los problemas, intereses y necesidades de los hijos, lo que demuestra baja disciplina, afecto y vínculo familiar; algo que también se evidencia es la presencia de actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias, todo esto son

factores que influyen en comportamientos de riesgo del adolescente. La falta de comunicación y afecto familiar hace que el adolescente inicie relaciones con otros grupos sociales donde se sienten importantes al formar parte de algo, satisfacen sus necesidades y no se sienten juzgados, como una forma de llenar la ausencia evidente de su familia.

**Figura 8. Pilares sociales de vida del adolescente y su influencia en comportamientos de riesgo**



**Fuente:** Entrevistas semiestructuradas e historias de vida. **Autor:** Dra. Magaly Cornejo

La relación entre padres e hijos, los estilos de crianza, el clima familiar, así como la percepción parental del consumo de alcohol y otras drogas pueden causar inclinación a ciertos factores de riesgo, es notorio este aspecto en nuestros testimonios, observamos en todos disfunción familiar, separación y descuido parental, así como presencia en su mayoría de maltrato intrafamiliar.

Como se mencionó previamente en cuanto a la tipología familiar, la mayoría de adolescentes

pertenecen a familias monoparentales con progenitor madre, lo que es evidente en los relatos donde la figura paterna es la ausente. Se observó conductas sexuales inadecuadas impartidas por miembros de la familia nuclear, en especial padre y hermanos.

El consumo parental de drogas se ha asociado a la iniciación y mantenimiento de los adolescentes en el consumo de sustancias psicoactivas, además las actitudes alentadoras y tolerantes de los familiares ante el consumo de drogas son variables fundamentales que se observan en los relatos y que influyen en el consumo de sus hijos.

La escuela como institución educativa y de socialización del adolescente, permite un papel fundamental en su adaptación psicosocial y esto puede convertirse en una condición de riesgo o de protección en relación al consumo de sustancias psicoactivas.

Como se puede observar en los relatos, los grupos de pares también eran consumidores de sustancias psicoactivas, algunos fueron víctimas de bullying lo que resulta en comportamientos de agresión, algunos realizaban acciones como cutting por imitación a sus pares, se puede apreciar la influencia de compañeros de la escuela y de personas de la calle que por presión grupal algunos realizaron actos delictivos como robo y microtráfico, al pertenecer a pandillas.

#### **4.3.3. Características del Consumo de los Adolescentes con Trastorno Mental y de Comportamiento por Uso de Sustancias**

En este capítulo vamos a describir varios aspectos del consumo de sustancias psicoactivas como la edad de inicio, tipo de sustancia consumida, personas que acompañan y espacio físico donde se desarrolla dicho consumo, así como los motivos de consumo, fuentes de acceso, y las consecuencias del consumo. Estos aspectos nos ayudan a explicar y comprender los factores que intervienen en el inicio y mantenimiento del abuso de sustancias, además exploraremos los sistemas de ayuda a los que están expuestos los adolescentes.



del consumo se desarrolló principalmente con el grupo de iguales, los sitios donde se desarrolla dicho consumo son dentro y fuera de las instituciones educativas, además de sitios como fiestas, parques y la calle. La mayoría de adolescentes practican el policonsumo, la sustancia psicoactiva más consumida es marihuana, seguida de alcohol, cocaína y tabaco. Estos aspectos son mencionados en los siguientes testimonios:

- ✓ “Fue en la casa de una compañera, compramos trópico y empezamos a tomar hasta la embriaguez y me gusto, siento desahogarme, porque cuando estoy en juicio no puedo llorar y por eso recurro a tomar” (*Testimonio de adolescente de 18 años con trastorno por consumo de alcohol; trastorno depresivo grave y trastorno alimenticio*)
- ✓ “Me drogaba con gente de la calle, todo empezó cuando la mamá de una amiga del colegio me ofreció drogas, ella estaba presa por tráfico de drogas, su hija también consumía, me dijo quieres probar? y yo dije bueno, me ofreció marihuana, empezamos a consumir y empecé a conocer gente en la calle, era porque yo me sentaba y me hacia mi pipa y otras personas empezaron a darse cuenta y empezaron a juntarse conmigo, gente de pandillas” (*Testimonio de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancia; síndrome de dependencia; y psicosis aguda*)
- ✓ “Consumía en el colegio, yo conocí a ese chico que le vendía las cosas, entonces le dije que ya no se vaya al colegio, si él no quiere estudiar que no se vaya, que ya después vemos que hacemos, creo que lo busca por ahí arriba de la casa, lo consigue, trae y se encierra en su cuarto, incluso se inyectaba algo, porque él aquí tenía hasta desinfectantes, esas cosas para la limpieza y yo entraba aquí y olía fuertísimo y yo asumo q todas esas cosas se ha sabido inyectar, porque un día logré encontrar jeringuilla con el líquido ese ahí” (*Testimonio de madre de adolescente de 19 años con de comportamiento por uso de múltiples sustancias*)
- ✓ “De repente empezaron las fiestas, medio la deje salir y eso fue en par de una o dos semanas que le brindó droga una pelada, me di cuenta como a los dos años porque la veía que llegaba rara, extraña y la ropa olía, entonces ya empezamos con el seguimiento y le hice un examen de todo y solo salió marihuana. Yo creo que también hay genes, porque

en mi familia todos mis antepasados fueron drogadictos, así todo el mundo” (*Testimonio de madre de adolescente de 15 años con síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar*)

El consumo de drogas puede constituirse como generadores de lazos sociales con la única intención de ingresar en interacción recíproca con pares. En los relatos se aprecia que el primer contacto con drogas se desarrolla en un inicio con amigos del colegio, con intención de integración o aceptación grupal, recreatividad y también como una forma de resolver sus frustraciones personales. De acuerdo a los datos obtenidos de los testimonios podemos mencionar que el 58,3% (n=7) de los adolescentes presentaron un inicio de consumo de sustancias psicoactivas entre los 13 a 15 años de edad, así como es evidente el policonsumo en ellos, la sustancia más consumida es la marihuana seguida del alcohol y cocaína. Los sitios de consumo mencionados fueron dentro y fuera de las instituciones educativas, fiestas y la calle, lo que demuestra la gran disponibilidad y accesibilidad a las sustancias por parte de los adolescentes, a esto se suma la falta de vigilancia parental así como actitudes favorecedoras y tolerantes hacia el consumo dentro de sus hogares, lo que resulta en vulnerabilidad de los adolescentes en la adopción de comportamientos de riesgo al no contar con vigilancia ni disciplina por parte de sus padres, refleja la falta de relaciones afectivas, de comunicación, de apoyo y afecto entre padres e hijos.

#### **4.3.3.2. “Yo consumo por no querer estar en la realidad, para desaparecer, porque la realidad no es tan divertida”**

##### ***Motivo del consumo***

Actualmente los jóvenes y adolescentes presentan varios grados de vulnerabilidad frente al estrés, la frustración y la ansiedad, más su conducta de curiosidad, imitación, rebeldía o deseo de ser independientes, lo que los hace endebles ante el peligro de iniciarse en el consumo y posterior adicción. Los adolescentes colocan la droga en el lugar que desean, por lo tanto, la acción de esta no depende solo de sus características como droga, sino de lo que de ella se espera, de lo que buscan quienes la consumen y la suministran, y de lo que dicta el entorno. (UNODC, 2013)



- ✓ “Consumía porque vivía en un círculo de agresión, me decían yo te pego porque a mí también me pegan, mi madre fue agresiva conmigo, recibí golpes, correazos, mi mamá se desquitaba conmigo sus frustraciones, también por las cosas que hacían mis hermanos, hasta que viví con mi padrastro, mi padrastro fue la persona que fue salvándome de la agresión, porque me defendía” (*Testimonio de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y psicosis aguda*)
- ✓ “La mayoría de gente necesita drogas para divertirse y buena música, yo consumo por no querer estar en la realidad, para desaparecer, porque la realidad no es tan divertida” (*Testimonio de adolescente de 15 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar*)

El consumo en adolescentes se observa como una experiencia grupal, se asocia a situaciones de ocio y festivas donde su efecto es socializador y euforizante permitiendo un mayor disfrute del momento, además se produce por la influencia de iguales como consecuencia de la búsqueda de mayor aceptación de sus pares. Los adolescentes provienen de familias desintegradas, pasaron por eventos traumáticos que en la mayoría fueron maltrato físico y psicológico esto explicaría el mantenimiento del consumo de sustancias como una forma de escape a sus problemas familiares y personales.

El haber estado envueltos en situaciones de violencia física y sexual en sus hogares disfuncionales, predispuso a que la mayoría de los adolescentes presenten baja autoestima, sintomatología depresiva, ansiedad y estrés, esto indica que los factores individuales pueden actuar como potenciadores del consumo de drogas, lo que explicaría que las influencias sociales impactan en mayor medida en los adolescentes psicológicamente más vulnerables.

#### **4.3.3.3. “Lo conseguía mediante de “dies” o “brujas”, así se les dice a los que venden”**

##### ***Provisión de la sustancia psicoactiva***

Para que se pueda realizar el consumo es necesario la presencia de la sustancia psicoactiva, su



- ✓ “En mi colegio afuera, casi siempre se reunía un grupo de chicos que también se drogaban, una vez me senté y empecé a consumir, cuando ellos llegaron me preguntaron ¿qué haces? yo dije nada y me fui, entonces empezaron a esperarme afuera del colegio y me dijeron ¿quieres que te demos? y me empezaron a regalar” (*Testimonio de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y psicosis aguda*)
- ✓ “Lo conseguía mediante de “dies” o “brujas”, así se les dice a los que venden, el dinero lo poníamos entre todos, me lo gastaba en drogas y en entrar a las fiestas” (*Testimonio de adolescente de 15 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar*)
- ✓ “Hacíamos “vaca” (reuníamos dinero) entre todos, de las colaciones y comprábamos switch, ron o vodka, nos fugábamos del colegio o a la salida del colegio y nos íbamos más abajo del colegio que era botado” (*Testimonio de adolescente de 18 años con trastorno por consumo de alcohol; trastorno depresivo grave y trastorno alimenticio*)
- ✓ “Él me dice: en el colegio mami, ahí venden, incluso hasta los profesores mami, tengo unos licenciados que ellos entran al baño y ya salen fumados, drogados” (*Testimonio de madre de adolescente de 17 años con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*)

Se evidencia el fácil acceso a estas sustancias, los múltiples establecimientos donde se puede adquirir son lugares frecuentados por los adolescentes, la mayoría mencionan que es dentro o fuera de las instituciones educativas, incluso mencionan a personal docente involucrado, esto refleja que la institución educativa a la que pertenecen tienen actitudes tolerantes hacia el consumo, no aseguran un ambiente saludable y por lo tanto no contribuye como ente educativo socialen el desarrollo integral del niño, niña y adolescenteviolentando sus derechos al permitir el consumo de drogas.

Por otro lado, el consumo de drogas se encuentra asociado al tiempo libre, los fines de semana, sitios de oferta como discotecas, bares y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. La utilización que se hace del tiempo libre se asocia con la asistencia a lugares de oferta, por la búsqueda inmediata de sensaciones nuevas y placenteras producidas por las drogas. Todos estos

sitios mencionados reflejan que se encuentran inmersos en sitios sociales que son perjudiciales a su desarrollo integral y de salud, debido al escaso control de la venta, precio asequible de las sustancias y la gran disponibilidad para los adolescentes.

#### 4.3.3.4. “Para consumir a veces le robaba a mi mamá, vendía mi ropa y me prostituía”

##### *Riesgos y peligros del consumo, en relación a la seguridad y salud de los adolescentes*

El uso de drogas legales e ilegales por parte de los jóvenes es un problema que preocupa desde hace tiempo, tanto a la comunidad científica como a los políticos y al público en general porque se encuentra muy relacionada con el aumento de la mortalidad en esta etapa de la vida, siendo los accidentes, el suicidio y el homicidio sus principales manifestaciones. Fomentan la delincuencia, la violencia, la inseguridad pública, disfunción familiar, abandono escolar, pobreza y marginalidad. (Fabelo, Iglesias & Gonzales, 2013)

**Figura 12. Riesgos y peligros del consumo.**



Elaborado: Wordcloud. Autor: Dra. Magaly Cornejo

La figura demuestra el entorno social en el que se desarrolla su consumo y las conductas de

riesgo a las que están expuestos, dentro de los riesgos y peligros asociados al consumo se observa la unión a pandillas, así como actos de delincuencia, microtráfico, violencia y abuso sexual.

- ✓ “Desapareció 15 días así que puse la denuncia al DINAPEN y la encontraron bajo un puente, golpeada y con presunto abuso sexual, ahí fue cuando ingresó al Pumamaqui (centro de tratamiento de adicciones)” (*Testimonio de madre de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia; y psicosis aguda*)
- ✓ “Un día, antes de su cumpleaños, ella salió con una amiga, yo sé que la amiga consumía y no sé qué consumieron pero llegó a la madrugada, caminaba como un zombi, no me contestaba nada y bueno un drama hasta las 7AM, luego empezó a llorar, gritaba y lloraba y como estaba enamorada de un tipo, lo nombraba, entonces yo pensaba que por eso era, pero no, los días siguientes se me iba pa’ la calle a la una, dos o tres de la madrugada, se me subía en los taxis, fue terrible, pedí auxilio por todos los lados y nada, hasta que un domingo llegó en la mañana y empezó a regalar las cosas de ella y le dije a mi esposo o le dieron alguna droga o mi hija está loca” (*Testimonio de madre de adolescente con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar*)
- ✓ “Para consumir a veces le robaba a mi mamá, vendía mi ropa y me prostituía, empecé con eso desde los 12 años, lo hacía con los chicos que yo conocí en la pandilla, yo para darles a ellos tenía que acostarme con otras personas, para sacar mi consumo y sacar el consumo de ellos, porque a veces ellos también me daban, con esta pandilla aprendí a disparar, apuñalar y robar” (*Testimonio de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancia; síndrome de dependencia; y psicosis aguda*)
- ✓ “La pusieron a vender droga un tiempo, pero por ahí en el parque, con la misma gente que conoce, entonces yo le decía mira, usted va a terminar en un cementerio o en la cárcel” (*Testimonio de adolescente de 15 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar*)

Podemos observar que los testimonios demuestran las consecuencias relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos por consumo de sustancias se caracterizan por el deterioro en el control del consumo, interacciones sociales perjudiciales, así como el riesgo físico y psicológico derivado de su consumo. Esto es claramente mencionado en los relatos, donde los adolescentes inician actos como venta de sus prendas u objetos personales y robo como un medio de obtención de las sustancias, pero además y sobre todo testimonios de mujeres mencionan actos de prostitución en medio de grupos de pandillas para la obtención de drogas, no solo para ellas, sino para toda la pandilla, son usadas como medio de pago.

Todo esto radica en un peligro a su seguridad y salud predisponiéndolos al riesgo físico y psicológico al estar predispuestos a síntomas de intoxicación, sobredosis, enfermedades de transmisión sexual, trastornos de salud mental e intentos de suicidio. Pero además sus vínculos con pandillas los exponen a la delincuencia, violencia, inseguridad pública y abuso sexual, todo esto incrementa su morbilidad y mortalidad.

En este punto los riesgos y peligros que asumen los adolescentes están en relación al trastorno mental y de comportamiento por uso de sustancias psicoactivas, que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta por un consumo más frecuente, de mayor cantidad de droga y menor control del consumo, lo que provoca que inviertan mucho tiempo en actividades necesarias para conseguir la sustancia sin importarles el riesgo físico al que están expuestos, provocando abandono de actividades sociales o de ocio en la escuela y el hogar e incumplimiento de deberes fundamentales.

#### **4.3.3.5. “Yo no puedo estar atrás de ella todo el tiempo, no puedo”**

##### ***Sistemas de ayuda***

La familia es el ambiente social básico del niño y el adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia. La familia sería el agente socializador más importante; va a constituir, junto con el grupo



le dije a la doctora que yo no puedo estar atrás de ella todo el tiempo, no puedo”  
*(Testimonio de madre de adolescente de 15 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar)*

- ✓ “Cuando estaba en el colegio yo la fui a dejar al DINAPEN como unas 5 veces, porque les pegaba a los hermanos, no me obedecía, me intentaba pegar, me amenazaba con la boleta, entonces era insoportable, entonces yo iba a la DINAPEN; la última vez el señor de la DINAPEN ya cansado de verme a cada rato ahí, la metió en un calabozo y le dijo: aquí te vas a quedar!!, siempre que la dejaba lo llamaban al papá, la retiraba y la iba a dejar en mi casa, unas horas se quedaba, pero el día del calabozo si se quedó 2 días ahí”*(Testimonio de madre de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancia; síndrome de dependencia; y psicosis aguda)*
  
- ✓ “Antes yo era bien fuerte de carácter y le decía tu eres hombre tienes que aprender a defenderte, en algún momento no voy a estar yo, incluso tuvimos problemas en el colegio porque le di una paliza, es que antes yo si le garroteaba, entonces me había denunciado, me acuerdo que me llamo la trabajadora social y le dije vea señorita yo no tengo tiempo para atenderla, si usted quiere hacerse cargo, usted venga en tal dirección vivo, venga lleve su ropa y cuando ya sea un hombre hecho y derecho me lo trae, no volvieron a llamar más..” *(Testimonio de madre de adolescente de 17 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias y episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos)*
  
- ✓ “El nuevamente empezó a consumir seguido, ya unas tres a cuatro veces por semana, entonces es por eso que estoy acudiendo a las terapias multifamiliares que es acá mismo en el centro de salud, solo los dos, es que mi esposo, él no quiere ir, prácticamente en esto estamos los dos, porque como le digo la carga de todo esto, lo llevo yo sola, porque como él dice: yo no tengo nada que hacer ahí, es tu hijo, tú sabrás cómo.”*(Testimonio de madre de adolescente de 17 años con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos)*

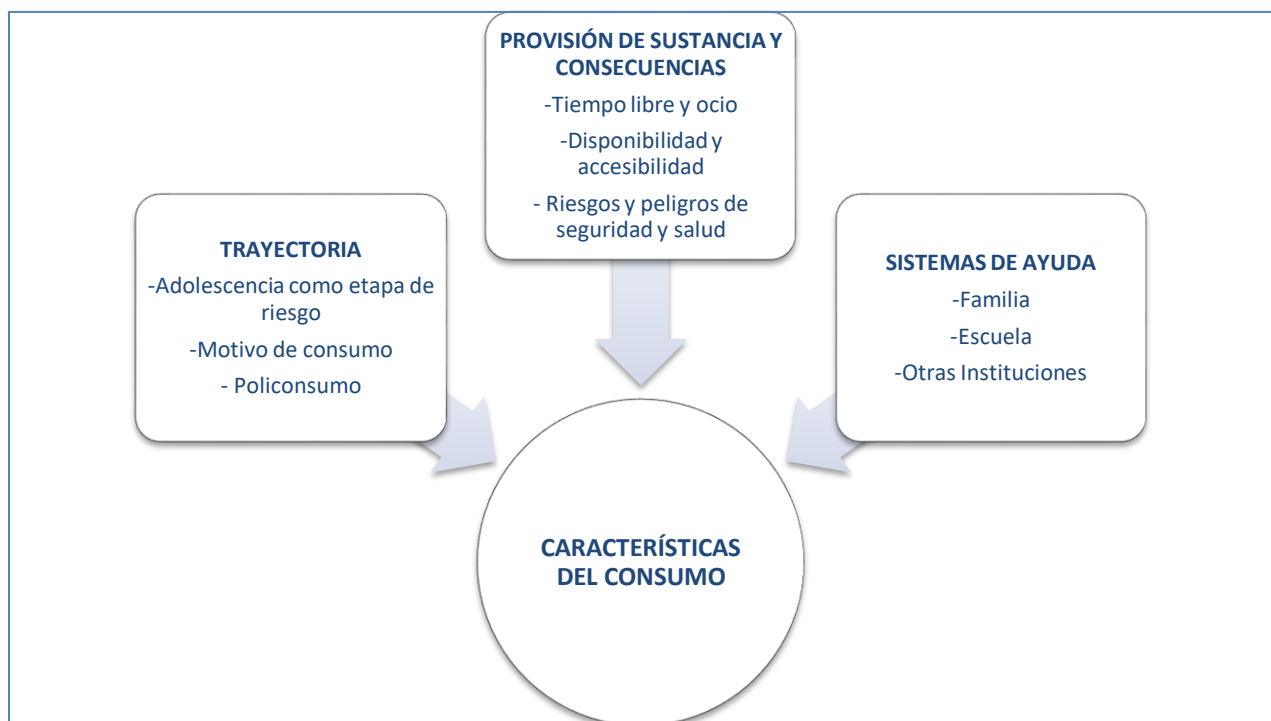
Los testimonios revelan que las familias no están totalmente comprometidas en su rehabilitación al permitir que mantengan su consumo y la relación con consumidores, en estos hogares existe falta de vigilancia y actitudes tolerantes de consumo. Esto se debe a que sus padres también crecieron dentro de un entorno donde el consumo de sustancias psicoactivas es tolerado y

aceptado como normal, además el 66,6% (n=8) de los cuidadores son consumidores de sustancias, siendo el padre el principal consumidor en la familia, por lo tanto, el consumo de sustancias es un acto habitual en estos hogares.

La mayoría de los adolescentes reciben más terapia individual que multifamiliar, este hecho se debe a que pertenecen a familias fragmentadas, la mayoría son monoparentales con progenitor madre y las familias reconstituidas no cuentan con el apoyo de su pareja actual, volviéndose una lucha de solo dos personas, el cuidador y adolescente.

Es aquí donde las instituciones sociales, de salud, educativas y otras juegan un papel fundamental no solo en la prevención, tratamiento y rehabilitación, sino también en el cumplimiento de sus derechos, como lo establece la Constitución en su Art. 44 donde se menciona que es el Estado, la sociedad y la familia, quienes promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos, se atenderá el principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

**Figura 14. Características del consumo de sustancias psicoactivas.**



**Fuente:**Entrevistas semiestructuradas e historias de vida. **Autor:** Dra. Magaly Cornejo

Como lo hemos mencionado en varios apartados de este trabajo, los comportamientos de riesgo en adolescentes, como el abuso de drogas, delincuencia, relaciones sexuales precoces y otros, están determinados por varios factores, siendo uno de los más relevantes los relacionados al seno familiar, dentro de los factores predisponentes al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra el tipo familiar, tal y como se evidencia, la separación, divorcio o desintegración familiar está presente en la mayoría de estas familias, así como el tipo de crianza, testimonios que revelaron padres negligentes o indiferentes que no proporcionan límites, afecto, ni tiempo a sus hijos, todo esto junto a la mala relación, maltrato intrafamiliar, presencia de actitudes favorecedoras y tolerantes de sus padres, así como el consumo parenteral de drogas, sin duda se convierten en importantes factores de vulnerabilidad para distintos comportamientos de riesgo.

El grupo de iguales representa un grupo de referencia para los adolescentes, se pudo observar que los compañeros o amigos que ya tuvieron experiencia previa con el consumo, fueron los que ofrecieron la sustancia psicoactiva, con un objetivo de aceptación grupal, además la curiosidad, rebeldía, pensamientos de pasarla mejor, aumentar la diversión y falta de resiliencia a sus problemas personales o familiares, condicionan el abuso del consumo.

Cuando hablamos de las fuentes para acceder a dichas sustancias, los adolescentes mencionan que dentro o fuera de los colegios, así como en los parques, la calle, lugares de ocio y tiempo libre, como las fiestas, demuestran ser sitios que disponen de la sustancia psicoactiva y que además tienen un precio asequible.

El abuso de drogas puede provocar deterioro en el control del consumo de la sustancia, deterioro de las interacciones sociales, riesgo físico y psicológico derivado del consumo, como lo testifican los adolescentes, algunos fueron integrantes de pandillas, participaron en prostitución, delincuencia y microtráfico, fueron víctimas de abuso sexual, golpes y amenazas.

La familia junto con el grupo de iguales y la escuela, conforman el triángulo básico de intervención preventiva de los comportamientos disociales y el abuso de drogas, junto a otras instituciones del Estado, son los pilares fundamentales en el tratamiento y rehabilitación de estos



testimonios evidencian lo mencionado:

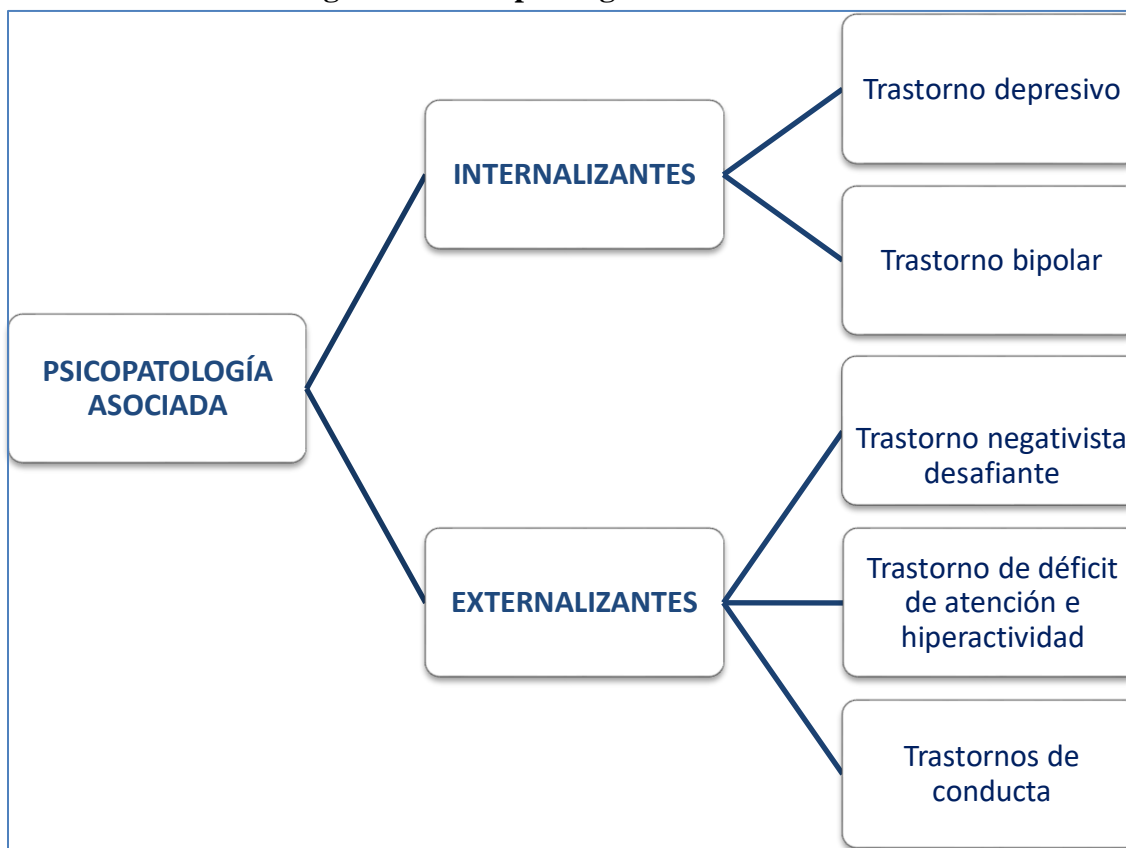
- ✓ “Me gusta ver sangre, deseaba hacer daño a mis compañeras, matar para sentir placer, quisiera sacarle el cerebro a mi madre y ver como es un cerebro y verla como se desangra, quisiera sacarle los ojos a una persona y sentirlos en mis manos” (*Testimonio de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y psicosis aguda*)
- ✓ “Se peleó con la vecina, con un cuchillo intentó matar a sus perros, los vecinos lo golpearon, a veces toma desarmadores, martillos o cuchillos y me dice te odio, te voy a matar, dame la plata que tengas”( *Testimonio de padre de adolescente de 18 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancia y trastorno psicótico agudo*)
- ✓ “Se ponía agresivo, pero con el mismo, se encerraba en el cuarto y se daba sus golpes y se hacía tantas cosas en su cuerpo, cortes, se daba golpes en la cabeza, se daba contra la pared, contra el piso, y todo, tiene cortes en sus brazos, en el brazo tenía un tatuaje de la chica, para lo cual se había sacado la piel, para sacarse el nombre de la chica” (*Testimonio de madre de adolescente de 19 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias*)
- ✓ “Quiero beber hasta que un carro me atropelle o hasta que me pase algo, he pensado en cortarme las venas o tomarme toda la medicación, a veces me veo al espejo y me veo gordo y tengo ganas de provocarme el vómito, pero no lo he hecho” (*Testimonio de adolescente de 18 años con trastorno por consumo de alcohol; trastorno depresivo grave y trastorno alimenticio*)

Estos testimonios nos dan a conocer que los problemas relacionados con el consumo de sustancias y su asociación con trastornos psiquiátricos son comunes, en sus relatos podemos observar trastornos de humor, como depresión, trastornos de ansiedad y los trastornos de conducta como las comorbilidades más comunes asociadas con el abuso de sustancias psicoactivas, esto se debe a que comparten mecanismos etiológicos biopsicosociales similares, aún es difícil determinar si aparece previo al inicio del consumo o es consecuencia de ella, lo que

si podemos mencionar es que la presencia de psicopatología asociada al trastorno por consumo predispone a mayores recaídas en el consumo de drogas, dificulta la adherencia al tratamiento y por lo tanto estos adolescentes presentan peor pronóstico en su rehabilitación.

La mayoría de los adolescentes ingresaron al hospital por motivos de hetero y autoagresividad, intentos autolíticos y trastornos psicóticos, los adolescentes incluidos en este estudio reciben tratamiento farmacológico, (a excepción de los que han abandonado el tratamiento) en base a una combinación de varios medicamentos que son antidepresivos, antimaníacos, neurolépticos, ansiolíticos y anticonvulsivantes, así como terapia psicológica individual, lo que demuestra las amplias comorbilidades asociadas.

**Figura 16. Psicopatología asociada al consumo**



**Fuente:**Entrevistas semiestructuradas e historias de vida. **Autor:** Dra. Magaly Cornejo

Dentro de los factores de riesgo para el inicio del consumo de sustancias, merece especial atención la presencia de psicopatología asociada, aún es difícil determinar si aparece previo al

inicio del consumo o es consecuencia de ella, sin embargo podemos evidenciar que los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas están caracterizados por una gran comorbilidad con los trastornos mentales, la mayoría de estos adolescentes claramente manifiestan trastornos afectivos, sus testimonios demuestran baja autoestima, depresión, niveles altos de irritabilidad y enojo, estos sentimientos hicieron que ellos se realicen heridas en su cuerpo y presenten mayor riesgo de conducta suicida.

Los trastornos externalizantes de estos adolescentes, muestran un patrón de comportamiento desafiante hacia las figuras de autoridad, se niegan a cumplir sus responsabilidades, presenta agresión, destrucción de propiedades, robo y violación de normas sociales, haciéndolos proclives a problemas legales y sociales.

Atender esta comorbilidad es importante, debido a que su presencia hace que presenten más recaídas en el consumo de drogas, dificulta la adecuada adherencia al tratamiento y como consecuencia de todo esto, un peor pronóstico, incrementando la posibilidad de actos delictivos, aislamiento social e incremento de ideación y conducta suicida.

#### **4.3.5. “Yo sé lo que he perdido por las drogas, pero no puedo dejarlas”**

##### ***Proyectos, expectativas de vida***

Proyecto de vida se define como un subsistema psicológico principal de la persona en sus dimensiones esenciales de la vida (...) es un modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, que toma forma concreta en la disposición real y sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación hacia el mundo y hacia sí mismo, su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de sociedad determinada. (Hernández, 2002)

Figura 17. Proyectos y expectativas.



Elaborado: Wordcloud. Autor: Dra. Magaly Cornejo

En la figura podemos observar palabras mencionadas en cuanto a sus expectativas, los adolescentes en su mayoría demuestran tener sueños, metas, querer trabajar, estudiar, tener una familia, casa y carro como sus proyecciones de vida a futuro. Sin embargo, existen otros adolescentes, que no tienen proyectos de vida, ninguna intención de cambio y que mencionan mantener su consumo a toda costa.

- ✓ “En 10 años estaré en la calle, para cuando tenga 28 años, mi padre estará muerto, yo ya no tendré donde vivir, estaré robando o haciendo algo para consumir. Mi sueño era ser futbolista, pero con la droga ya no puedo, si pudiera retroceder el tiempo, pero ya no tengo tiempo, ya se acabó mi tiempo” (*Testimonio de adolescente de 18 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias y trastorno psicótico agudo*)
- ✓ “Mi sueño es ser grande, tener una casa, un carro, tener una familia con hijos, demostrarles lo que mis padres no me han demostrado, el amor, el cariño, eso quiero demostrarles” (*Testimonio de adolescente de 17 años con trastorno mental y de comportamiento por*

*uso de múltiples sustancias, trastorno de personalidad emocional inestable y episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos)*

- ✓ “Tal vez no haya cambiado mucho, tal vez la misma persona, con un poco más de estudio, quizá algún día con un trabajo más estable, yo la verdad no sé qué pase en el transcurso del tiempo, hasta mientras seguiré buscando lo que me haga sentir mejor” *(Testimonio de adolescente de 19 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, actualmente en recaída)*
- ✓ “Me veo estudiando, quiero ser psiquiatra, para ayudar a la gente que tienen problemas como yo” *(Testimonio de adolescente de 15 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar)*
- ✓ “A veces me da ganas de decaer, esperar que salga mi juicio e irme, pero hay otras veces q ya no quiero volver a lo mismo, porque me ha causado daño, yo sé lo que he perdido por las drogas, pero no puedo dejarlas” *(Testimonio de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia; y psicosis aguda)*

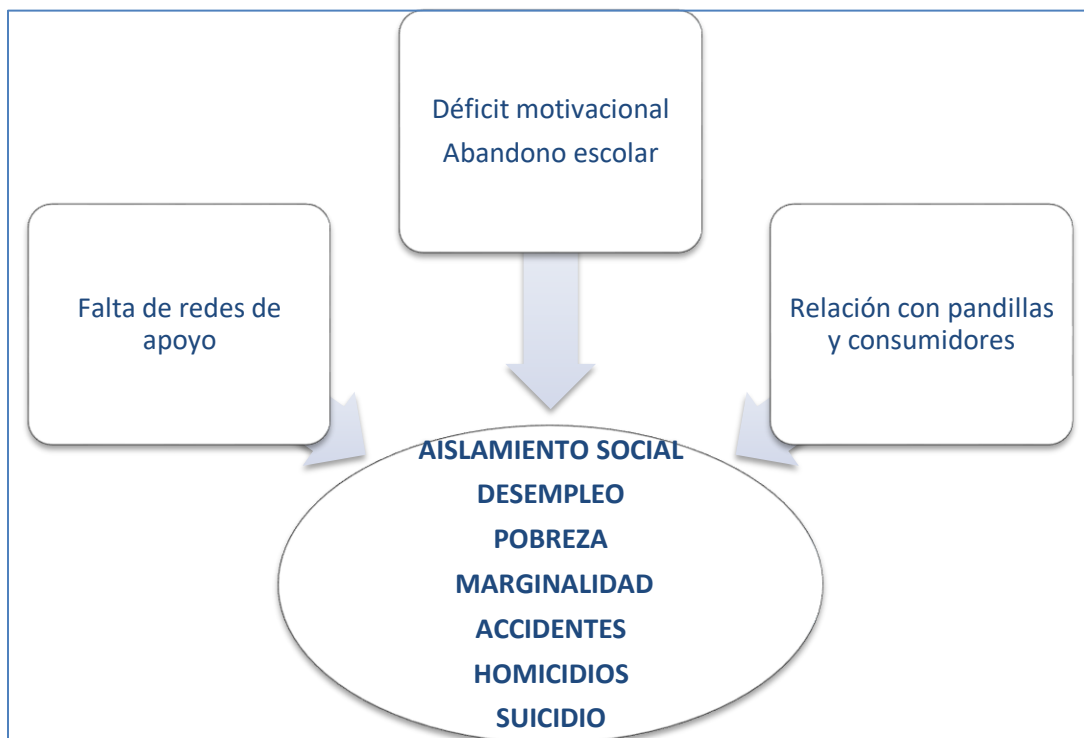
El proyecto de vida personal está constituido tanto por aspiraciones como por las posibilidades de acuerdo a la realidad social de cada uno, por lo tanto, es una relación del individuo con la comunidad y las posibilidades que este ofrece. Estos testimonios demuestran que los adolescentes si tienen sueños, algunos tienen un plan de vida más estructurada, así como motivaciones e intenciones de autorrealización, sin embargo, existen algunos que observan su futuro truncado por falta de apoyo económico y familiar o no han podido elaborar un proyecto de vida por falta de valores personales, necesarios para reconocer sus posibilidades y obstáculos, por lo tanto, no cuentan con visión, ni objetivos de una proyección futura.

Los testimonios nos demuestran que su salud y rehabilitación están en riesgo, así como sus planes a futuro debido a la carencia de vínculos familiares fuertes, de redes sociales de apoyo, lo que ha provocado en ellos un déficit motivacional, actitudes negativas, abandono escolar, por lo tanto, los predispone al analfabetismo o baja instrucción, aislamiento social, desempleo, pobreza y marginalidad. Además, la pertenencia a pandillas los predispone a enfermedades, accidentes,

delincuencia y suicidio, incrementado su morbi – mortalidad.

El marco de oportunidades de estos adolescentes depende del entorno social donde se desarrollan, el contexto social determina las posibilidades y la realización de metas al influir en el acceso a la educación, al trabajo a través de la inclusión social. Esto explica la importancia de la familia y su entorno en el reforzamiento de sus capacidades, habilidades y objetivos, por lo tanto, es el Estado, la sociedad y la familia quienes promoverán de forma prioritaria su desarrollo integral y asegurarán sus derechos.

**Figura 18. Visión de futuro de adolescentes con trastorno por uso de sustancias psicoactivas.**



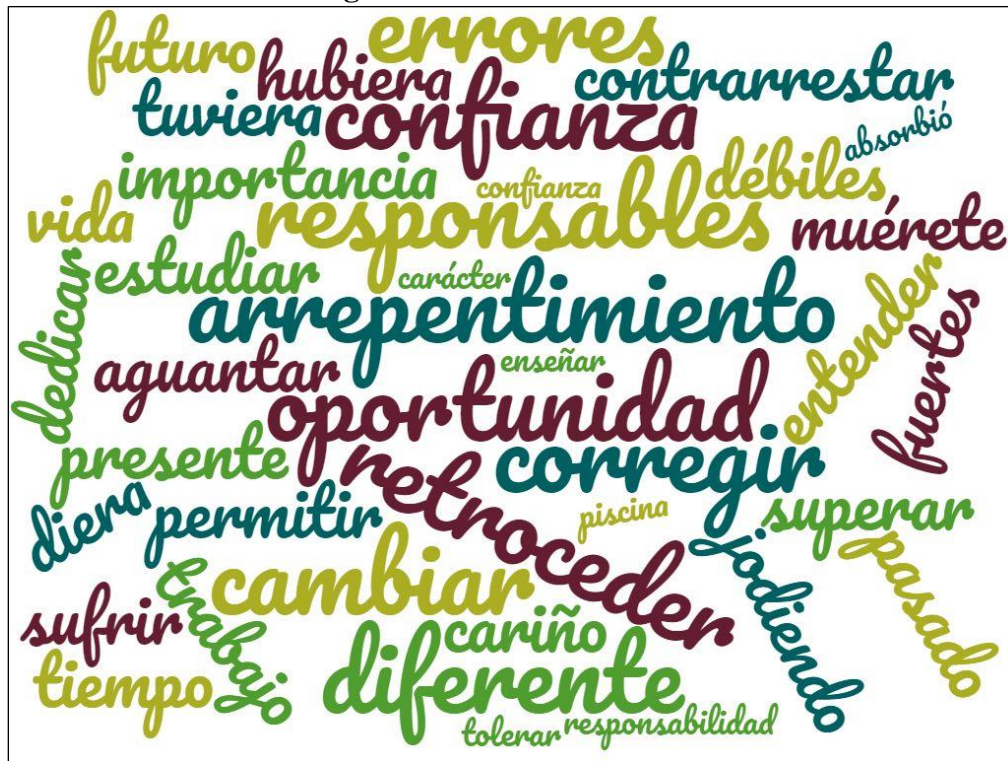
**Fuente:**Entrevistas semiestructuradas e historias de vida. **Autor:** Dra. Magaly Cornejo

#### 4.3.6. “Si tuviera la oportunidad de retroceder el tiempo, les diera más cariño a mis hijos”

##### *Curso de vida*

El curso de vida de los sujetos está íntimamente asociado al tiempo y lugar que enmarca sus experiencias concretas. Este principio apunta a que el análisis debe considerar, de manera predominante, el contexto histórico social y geográfico en que se desenvuelve la vida de las personas. Tales condicionantes deben ser asumidas como un elemento activo para la comprensión de la continuidad y el cambio en la experiencia de los distintos grupos sociales. Junto a lo anterior, la incidencia o impacto de las transiciones en la vida o los eventos personales o socio-históricos, variarán en función de las experiencias concretas de los sujetos y la ocurrencia (timing) en que estas se manifiestan. Con este principio, Elder recuerda que un fenómeno social no tiene un efecto uniforme en todos los miembros de una población; éstos pueden ocurrir en momentos diferentes de la experiencia vital de los sujetos, con las respectivas consecuencias en las etapas sucesivas de sus propias vidas. (Sepúlveda, 2010)

Figura 19. Curso de vida.



Elaborado: Wordcloud. Autor: Dra. Magaly Cornejo

Podemos evidenciar en la figura, en relación a las respuestas de los cuidadores, que ellos piden retroceder el tiempo, para hacer cambios y corregir errores cometidos, responsables de las consecuencias de las que son víctimas ahora sus hijos y así poder cambiar el curso de sus vidas. Incluso nombran en qué momento del curso de sus vidas hubieran realizado esos cambios, para evitar su situación actual. Los siguientes relatos denotan lo mencionado.

- ✓ “No la dejaría salir ni a la puerta, porque o sea, si yo hubiera sabido, o sea, yo le di mi confianza, yo le decía bueno, si vaya a la fiesta, entonces ella no entiende nada de eso, ella es como que no le importa nada, quisiera que haga muchas cosas, como estudiar, ir a una piscina, ir a un parque, menos las drogas, es una pesadilla sin fin” (*Testimonio de madre de adolescente de 15 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia y trastorno afectivo bipolar*)
- ✓ “Si tuviera la oportunidad de retroceder el tiempo, les diera más cariño a mis hijos” (*Testimonio de madre de adolescente de 16 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias; síndrome de dependencia; y psicosis aguda*)
- ✓ “Bueno, en parte si me siento yo responsable, tal vez por la falta de tiempo, por no darme cuenta antes y si hubiera hecho algo antes, si yo le hubiera cambiado de colegio, hubiera contrarrestado un poquito lo que él estaba encontrando ahí” (*Testimonio de madre de adolescente de 19 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, actualmente en recaída*)
- ✓ “Haría todo diferente, le daría todo el cariño que no le pude dar, desde que era pequeñito, hubiera trabajado, pero le hubiera dedicado más tiempo, también y quizás no me hubiera vuelto a casar” (*Testimonio de madre de adolescente de 17 años con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*)

La mayoría de cuidadores, sobre todo madres mencionan la falta de cariño y tiempo brindado a sus hijos y sienten arrepentimiento y por eso piden retroceder el tiempo para cambiar y modificar ciertas acciones que atribuyen como responsable del abuso de drogas de sus hijos. Sin embargo, aunque en menor número hay madres que aluden que sus acciones del pasado son justificadas al haber pasado por situaciones similares incluso mencionan una niñez y adolescencia más

tormentosa y la comparan con la de sus hijos, alegando que sus hijos son más débiles en superar estos eventos traumáticos. A continuación, testimonios de lo mencionado:

- ✓ “Yo antes tenía el carácter bien fuerte y le dije a mi hijo: bueno si te quieres morir pues muérete rápido pero a mí no me estés jodiendo las iras, porque para sufrir yo ya he sufrido, si te quieres morir, ya muérete, que ese es un solo dolor, eso me enseñó la vida a ser fuerte, los débiles no aguantamos, aquí la vida es de los fuertes no de los débiles” *(Testimonio de madre de adolescente de 17 años con trastorno mental y de comportamiento por uso de múltiples sustancias, trastorno de personalidad emocional inestable y episodio depresivo grave)*
  
- ✓ “Mi hijo siempre nos achaca por haberlo dejado solo, por el maltrato, tal vez también marcó en la vida de él porque el papá me fue infiel, él absorbió como una esponjita lo que los otros hermanos no, yo le digo a mi hijo: no es sólo eso porque si tu vieras del hogar que yo vengo, hubiera hecho lo mismo pero hay que saber superar y seguir adelante si usted quiere coger lo malo, coge lo malo” *(Testimonio de madre de adolescente de 18 años con trastorno por consumo de alcohol; trastorno depresivo grave y trastorno alimenticio)*

El desarrollo y el crecimiento personal constituyen un proceso que se realiza a lo largo de la vida, está ligado al tiempo y al entorno social al que pertenece el individuo, eso significa que los cambios que tienen las personas necesitan ser examinados desde una perspectiva de largo plazo. En la historia de vida de las personas los eventos tempranos, sobre todo los de gran impacto, tienen incidencia en la experiencia y su trayectoria de vida posterior. ¿Cómo llegó mi hijo a ser consumidor? ¿Qué acontecimientos fueron importantes? Con frecuencia se preguntan los cuidadores para poder interpretar y comprender mejor los acontecimientos y las relaciones que marcaron sus historias de vida. Esto explica las respuestas de los cuidadores, ellos quieren un cambio en el tiempo, cambios de actitudes, de circunstancias y de eventos, que de haber sido diferentes probablemente el curso de vida de sus hijos, de su familia, de su vida sería otra.

Pedir retroceder el tiempo es una forma de mencionar que aceptan su responsabilidad en el problema de sus hijos, eso es observado en la mayoría de cuidadores y esto coincide con el apoyo con sus proyectos de vida y con el mayor compromiso en su rehabilitación.

En otras familias no existe esta conciencia o comprensión de los problemas de los adolescentes y además se observó falta de empatía por parte de los padres, lo que demuestra la falta de vínculo y afecto entre padres e hijos y su falta de compromiso en su rehabilitación, al mencionar que son problemas que ellos mismos se buscan y deben superarlo, dejando claro su falta de apoyo.

**Figura 20. Factores relacionados con las proyecciones y expectativas de vida**



**Fuente:**Entrevistas semiestructuradas e historias de vida. **Autor:** Dra. Magaly Cornejo

Valores personales como compromiso, autorreflexión, autodeterminación, positivismo, autoestima y autocuidado, dan conciencia de las cualidades que tiene cada individuo y ayudan a formar seguridad y fortalezas para superar las dificultades, esto les permite ver a su realidad actual como una referencia de metas a las que desean aspirar, permitiendo reconocer sus habilidades, planteándose objetivos, estrategias reales y significativas para sí mismo, dándole sentido a su vida.

Un individuo se encamina hacia la autorrealización cuando es capaz de diseñar un plan de vida,

de acuerdo con sus objetivos, expectativas y posibilidades reales. En relación a esto, los valores personales necesarios para conocer las potencialidades y transformar las debilidades en oportunidades de mejora. La mayoría de estos adolescentes sufren de trastornos afectivos, sobre todo depresión, no sienten confianza en sí mismo, no encuentran sentido a sus vidas, de ahí su relación al intento autolítico, esta falta de seguridad y fortalezas personales afectan su visión de futuro.

Sin embargo, no es el único factor involucrado, indudablemente el contexto social (familia, comunidad, colegio, amigos, entre otros) su relación con el entorno y los recursos económicos, determinan el sentido en que crecen y se desarrollan los adolescentes, al tener influencia en la toma de decisiones o logros individuales.

La mayoría de estos adolescentes tienen disfunción familiar, factores como maltrato intrafamiliar, rupturas familiares, mala relación intrafamiliar, mala condición económica pueden impactar en las alternativas o acciones que orienten su proyecto vital. La falta de apoyo familiar promueve la inserción laboral a temprana edad, abandono y fracaso escolar, sumado al desarrollo del adolescente dentro de una sociedad desorganizada, con baja percepción social del riesgo, con actitudes favorables sobre conductas problema, no solo condicionan el inicio y abuso de sustancias psicoactivas también definen la posibilidades y limitaciones del adolescente, volviéndose determinantes en la dirección esencial de su proyecto de vida, convirtiendo sus aspiraciones personales en posibles o irrealizables.

## **CAPÍTULO V CONCLUSIONES**

- A través de esta investigación comprendimos la situación del consumo de drogas en la población adolescente del Ecuador en la ciudad de Quito, mediante el análisis de las variables psicosociales que influyen en dicho consumo, centrando la atención en los entornos sociales en los que se desarrolla la vida del adolescente, como son la familia, escuela, grupo de pares y la comunidad; esta serie de variables personales y sociales han sido identificadas y definidas por diferentes autores, como factores de riesgo y de protección.
- El consumo de sustancias psicoactivas es un problema social que tiene un gran impacto en la salud, la economía, la convivencia familiar y social del adolescente; su uso cada vez a edades más tempranas determina mayor probabilidad de problemas académicos, físicos y psicológicos, de ahí radica la importancia de este estudio y en este grupo de edad vulnerable a situaciones de riesgo como lo es el abuso de drogas.

### **EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO DEL CONSUMO**

- Los adolescentes a pesar de conocer las consecuencias negativas sobre su salud, tienden a experimentar con una gran variedad de sustancias psicoactivas, esto podría ser explicado por la alta sensación de control del consumo, el llamado “autocontrol”, que hace que disminuya la percepción del riesgo asociado al consumo.
- La percepción del riesgo es uno de los factores considerados de impacto en la iniciación y mantenimiento del consumo de sustancias en los jóvenes, ejerce influencia en el adolescente al momento de decidir en consumir o no una sustancia psicoactiva.
- Por lo tanto, las creencias y actitud de los/as jóvenes respecto al consumo afecta su percepción de riesgo, esto podría explicar la normalización del consumo y lo que se ha comprobado en otros estudios, que los jóvenes con baja percepción del riesgo, asumen mayores riesgos, esto correlacionado con la percepción de menor peligro o afición a su

salud, por lo que se estima que mientras menor es la percepción del riesgo mayor es el consumo.

## FAMILIA DEL ADOLESCENTE

- Se pudo evidenciar que la mayoría de las familias están desestructuradas, en cuanto a la tipología familiar el 41,7% pertenecen a familias monoparentales con progenitor madre, seguido de familias reconstituidas (con padrastro) con el 25%, además son familias disfuncionales al estar inmersos en un clima caótico representado por el maltrato intrafamiliar, se pudo observar que es la figura paterna la ausente y la más involucrada en este tema.
- Existieron otros eventos negativos dentro del seno familiar, como conductas sexuales inapropiadas de las que fueron víctimas los adolescentes, como acoso y abuso sexual, realizado por miembros familiares (padres, hermanos y tíos).
- En el 66,7% de las familias existe historial de consumo, siendo el padre el consumidor de sustancias psicoactivas con un 41,6%. Los testimonios demuestran familias con carencia de valores, de afecto, vínculo familiar, presencia de agresividad y de actitudes parentales favorables hacia el consumo.

## RELACIÓN DE PARES

- El grupo de pares constituye un grupo de referencia de gran importancia para los adolescentes, son un elemento importante tanto para su desarrollo psicológico como social, ejercen un papel importante en el comportamiento de los adolescentes.
- Los compañeros o amigos que ya tuvieron experiencia previa con el consumo, fueron los que ofrecieron la sustancia psicoactiva, dentro de los motivos de consumo mencionados en sus testimonios son la búsqueda de aceptación grupal, sobre todo aquellos que fueron víctima de bullying, pero además la curiosidad, la rebeldía, pensamientos de pasarla

mejor, de aumentar la diversión y para evadir ciertas frustraciones como una ruta de escape, condicionando el inicio y mantenimiento del consumo.

- La mayoría menciona que la disponibilidad de las drogas está dentro o fuera de las instituciones educativas, además mencionan a sitios como fiestas, la calle y parques, reflejando el escaso control de la venta y el precio asequible a ellas.
- El 58,3% de los adolescentes iniciaron el consumo de sustancias psicoactivas entre los 13 a 15 años de edad, pero en algunos de ellos se observa un inicio a temprana edad, lo que pone en evidencia la tendencia de los últimos años, en que el consumo es cada vez más precoz; en cuanto al género el 75% de los adolescentes con trastornos por consumo son de sexo masculino. La mayoría de adolescentes practican el policonsumo con un 83,3% (n=10), la sustancia psicoactiva más consumida es marihuana, el 100% (n=12) de los participantes la consume, seguida de alcohol con el 75% (n=9), cocaína y tabaco con el 58,3% respectivamente (n=7).

## SEGURIDAD Y SALUD DE LOS ADOLESCENTES

- Podemos mencionar que el abuso de drogas fomenta la delincuencia, violencia e inseguridad pública.
- Algunos adolescentes fueron miembros de pandillas y como parte de la severidad del trastorno del consumo estuvieron sumergidos en situaciones de riesgo físico y con el fin de obtención de las sustancias realizaron actos como robo, microtráfico y prostitución, los cuales incrementan su morbilidad y mortalidad al estar envueltos en situaciones de violencia y abuso sexual.
- Además de los problemas físicos y psicológicos a los que están expuestos, es importante mencionar que el 50% de estos adolescentes presenta abandono escolar, lo que incrementa su probabilidad de problemas académicos y laborales, predisponiéndolos a mayor riesgo de aislamiento y marginalidad social.

- Las comorbilidades más comunes asociadas con el abuso de sustancias psicoactivas, demostradas en sus testimonios e historias clínicas fueron los trastornos de humor, como la depresión, trastornos de ansiedad y los trastornos de conducta.
- La mayoría de ellos presentaron baja autoestima, signos como cutting estuvo presente en el 58,3% de los adolescentes y el 75% tenían antecedente de intentos autolíticos. Pero además presentaron un patrón de comportamiento desafiante hacia las figuras de autoridad, agresividad, destrucción de propiedades, robo y violación de normas sociales, haciéndolos proclives a problemas legales y sociales.

## SISTEMAS DE AYUDA Y TRATAMIENTO

- Dentro del sistema de ayuda, indudablemente la familia es el pilar fundamental en su rehabilitación, en relación a esto, se encontraron familias con falta de compromiso y responsabilidad en su tratamiento, permitiendo que mantengan su consumo, la presencia de conductas de retraso en la búsqueda de ayuda o recurriendo a medidas extremas de castigo.
- La mayoría de adolescentes se desarrollaron en un entorno (escuela, comunidad) que no aseguraron el ejercicio pleno de sus derechos, esto resulta en la creación de un círculo vicioso, que no puede prevenir el inicio, ni el abuso de sustancias, mucho menos aportan en su rehabilitación.
- Aunque los escenarios mencionados previamente están presentes en pocos de los adolescentes, la mayoría presenta apoyo y compromiso únicamente de un miembro de la familia, su cuidador, es meritorio el compromiso del entorno familiar y social que permita la integridad y cumplimiento de sus derechos.
- En cuanto al tratamiento, la mayoría recibe dos tipos de tratamiento: *el farmacológico*, basado en la combinación de varios medicamentos, debido a las comorbilidades asociadas de esta patología *ylas entrevistas con psicología y psiquiatría*, esto quiere decir

que el tratamiento es individual; las terapias familiares o con pares no están incluidas en su rehabilitación.

- Las actitudes parentales favorecedoras al consumo y la falta de búsqueda de ayuda de forma oportuna, hace que estos adolescentes indudablemente recaigan, provocando nuevos escenarios de riesgos y peligros a sus vidas, ninguna institución se encarga del seguimiento de estos adolescentes en sus domicilios, por lo tanto, un tratamiento adecuado es difícil sin un verdadero compromiso de todos los sistemas de ayuda, disminuyendo las posibilidades de rehabilitación.

#### EN RELACIÓN A SUS PROYECTOS DE VIDA

- La mayoría de estos adolescentes tienen un proyecto de vida relacionado con terminar los estudios, obtener un trabajo y familia, esto está en relación a sus sentimientos de autorrealización, sin embargo, es su entorno social el que definirá las posibilidades y limitaciones, es decir son determinantes en la dirección esencial de su proyecto de vida, permitiendo que sus aspiraciones personales sean posibles o irrealizables.
- Estos adolescentes merecen tener la oportunidad de alcanzar sus sueños y metas, para lo cual el Estado, la sociedad y la familia, deberán promover de forma prioritaria su desarrollo integral y asegurar sus derechos.

## RECOMENDACIONES

### A LA FAMILIA

- Dentro de los factores que inciden en los comportamientos de riesgo de los adolescentes, indudablemente es el medio familiar un lugar destacado, recordemos que es el primer sitio donde el adolescente socializa, aprende y adquiere creencias, actitudes, normas sociales y valores. Por ello, y como podemos observar en varios acápite de este estudio, los padres juegan un papel importante para el uso o no de drogas, de ahí la importancia de desarrollar programas preventivos de tipo familiar.
- Mejorar la competencia de los padres y madres sobre la educación y medidas de prevención, que les permitan un mejor apoyo a sus hijos, a través grupos colaborativos con participación de diferentes representantes sociales relacionados que tenga como objetivo diseñar protocolos de intervención y actuación en familias de riesgo.
- Potenciar la comunicación y las actitudes correctas que fomenten el interés de los progenitores por las actividades de ocio de sus hijos e incrementar aquellas relacionadas con actividades deportivas o tiempo libre sano.
- Incentivar la creación de “Escuelas de familias” como un espacio, herramienta y programa que permita la participación de padres y otros cuidadores que proporcione las respuestas y ayuda a ciertas dudas, preguntas y problemas relacionados con el abuso de drogas y otras conductas problema de los niños y adolescentes.
- Todos los programas preventivos familiares deben tener como objetivo fomentar la creación de fuertes vínculos familiares, disciplina y normas claras de conducta dentro de la familia, apoyo emocional, cercanía, trato cálido y afectuoso entre padres e hijos; incentivar altos niveles paternos de supervisión, control y apoyo a los hijos que les permitan identificar factores y situaciones de riesgo para el consumo de drogas, además, que fortalezcan los vínculos con la escuela, potenciando el rendimiento académico, progresos y logros escolares.

- Por lo tanto, cada individuo con manifestaciones de consumo problemático de sustancias psicoactivas debe ser evaluado por un equipo multidisciplinario para recibir un tratamiento oportuno, sobre todo aquellos adolescentes que provienen de hogares caóticos y de escasos recursos económicos.
- En consecuencia, la familia debe recibir apoyo integral por parte del Estado, la sociedad y las instituciones pertinentes para potenciar los factores de protección familiar y así poder reducir los factores de riesgo, a través del desarrollo de herramientas de apoyo para madres, padres y otros cuidadores, que potencialicen los valores personales, académicos y sociales que permitan evitar el abuso de drogas.

## A LA ESCUELA

- Esta institución deberá modificar sus actitudes hacia las drogas y asegurar que el ambiente escolar sea un ambiente saludable, esto facilitará una mejor aplicación de los programas preventivos, evitando el consumo de sustancias y su disponibilidad dentro y fuera de la institución educativa.
- Además, el consumo de drogas va acompañado de otras conductas problema, especialmente de las conductas desviadas y antisociales, por lo tanto, es necesario que los docentes y psicólogos de la institución identifiquen a los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas, esto es de gran relevancia para realizar una intervención oportuna.
- Deberían los centros educativos contar con protocolos de actuación, diseñados junto a la participación del centro escolar, médico y comunitario, que sirva de guía para el docente y unidad educativa, sobre el qué hacer, quién lo realiza y cuando es el momento de dar una intervención, con el objetivo de facilitar un abordaje unificado e inclusivo con las familias.

## A LAS INSTITUCIONES DE SALUD

- La demora en la intervención de niños en situaciones de vulnerabilidad permite que los riesgos se acumulen volviendo su tratamiento limitado, recordemos que la gran mayoría de adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas presentan signos de alarma desde muy temprana edad, en consecuencia, cabe mencionar la importancia de desarrollar programas de detección e intervención temprana en estos niños, que mejoren su calidad de vida en todos sus entornos sociales, como una medida primaria de prevención de situaciones de riesgo, como el abuso de drogas, entre otras.
- A pesar de que la adolescencia es una de las etapas con factores de riesgo con mayor morbi – mortalidad que en su mayoría son potencialmente evitables, su atención no está adecuadamente organizada en nuestro país, esto se debe a que el adolescente ha sido el “gran ausente” en los servicios de atención sanitaria, lo que ha limitado el ofrecer una atención integral a su salud. El pediatra cumple un rol fundamental como profesional sanitario preparado y competente para prevenir, ayudar y resolver las necesidades especiales de este grupo etario como lo es: la prevención e identificación de conductas problema, tratamiento de síntomas de intoxicación o sobredosis de sustancias psicoactivas, identificación, intervención y derivación oportuna de trastornos mentales y de comportamiento derivado del consumo, así como las enfermedades de transmisión sexual entre otras.
- Las instituciones de salud encargadas del tratamiento de los adolescentes con trastornos por consumo deben brindar una terapia multifamiliar, realizar actividades más inclusivas, con participación del resto de la familia, no solo del cuidador, además brindar el seguimiento adecuado en sus domicilios que aseguren el cumplimiento no solo del tratamiento farmacológico, sino además del mantenimiento de las conductas de protección en su familia, escuela y comunidad, asegurando la rehabilitación y la reinserción social de estos adolescentes.

- El Estado, debe brindar y garantizar el apoyo necesario a la familia, a la escuela y a otras instituciones involucradas en el desarrollo integral de los adolescentes, generando sitios de aprendizaje y de guía a familias en riesgo, brindando las herramientas necesarias en la elaboración de proyectos sociales, educativos y económicos que permitan evitar el consumo de sustancias psicoactivas, recordando que son la familia, la escuela y la comunidad los pilares fundamentales en la prevención de comportamientos disociales y el abuso de drogas.

## RESPECTO A LA INVESTIGACIÓN

- La investigación realizada tuvo un análisis exclusivamente cualitativo, a través de la etnografía pude estudiar las características de vida de los adolescentes mediante la observación y descripción de lo que hacen, su comportamiento y la interacción con su entorno social, permitiéndome describir sus creencias, valores, motivaciones y perspectivas, para esto fue necesario integrarme en el entorno del adolescente dentro del área hospitalaria con aquellos que estuvieron hospitalizados y en el área familiar a través de las visitas domiciliarias, lo que me permitió comprender y describir la información obtenida. Mediante las historias de vida no solo se logró conocer las experiencias sociales y acontecimientos vividos por los adolescentes, se hizo un esfuerzo para dar sentido al pasado, al presente y al futuro de cada uno de ellos. Debe fomentarse la elaboración de este tipo de estudios, etnográficos con historias de vida, ya que permiten analizar la prevalencia y patrones de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas, lo que sirve de ayuda en el diseño y elaboración de programas de prevención e intervención.
- Se conoce mucho acerca de los factores de riesgo y de protección del consumo, esto ha permitido desarrollar varias medidas de prevención a través de distintas estrategias. Sin embargo, la realidad demuestra que estas medidas han sido insuficientes y se requiere mayor énfasis en otras medidas que mejoren las relaciones familiares, en este punto radica la importancia de la investigación cualitativa a través de técnicas de la antropología y la etnografía, que permiten describir y comprender, el concepto abstracto a través de un análisis construido desde la perspectiva de los informantes.

## CAPÍTULO VI

### BIBLIOGRAFÍA

- Abera, M., Robbins, J. M., & Tesfaye, M. (2015). Parents' perception of child and adolescent mental health problems and their choice of treatment option in southwest Ethiopia. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0072-5>
- Aberastury, A; Knobel, M. (1989). Adolescencia normal. *Artes Medicas*, 92. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4016/1/MEDDI.pdf>
- Avilés, J. (2017). *Caracterización del Consumo de Drogas en Adolescentes de la Unidad Educativa “Dr. Emilio Uzcátegui Garcia” del Periodo Lectivo 2015 - 2016*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Baines, T., & Wittkowski, A. (2013). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(3), 263–274. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9337-9>
- Ballester, R., Gil, M.D. y Guirado, M. D. (2000). Behaviours and attitudes related to alcohol consumption in adolescents between 15 and 17 years old. *Annual Modification Conductual*, 2, 23.
- Barrett, P., Bradley, C. (2016). Attitudes and perceived risk of cannabis use in Irish adolescents. *Irish Journal of Medical Science*, 185(3), 643–647. <https://doi.org/10.1007/s11845-015-1325-2>
- Becoña, E., Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Becoña Iglesias, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. In *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_93972\\_ES\\_Bases Científicas Para La](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93972_ES_Bases_Científicas_Para_La)

- Bhui, K., Craig, T., Mohamud, S. et al. (2006). Mental Disorders Among Somali Refugees: Developing Culturally Appropriate Measures and Assessing Socio-Cultural Risk Factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 22.
- Bhui, K., & Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: Implications for clinical practice and research. *British Journal of Psychiatry*, 181(JULY), 6–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.1.6>
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy: Where are we and where do we go from here? *American Psychological Association.*, 24.
- Broadbent, E., Kydd, R., Sanders, D., Vanderpyl, J. (2008). Unmet Needs and Treatment Seeking in High Users of Mental Health Services: Role of Illness Perceptions. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 53. <https://doi.org/10.1080/00048670701787503>
- Burdzovic, J., Pape, H. (2015). Who receives cannabis use offers: A general population study of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence.*, 156, 150–156. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.09.009>
- Callan, A. (1998). Patient Satisfaction: Ethnic Origin or Explanatory Model? *Int J Soc Psychiatry.*, 30.
- Camarotti, A. C. (2010). *Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires. (2010).* 284.
- Cardano, M. (2017). *Manual De Pesquisa Qualitativa.* Editora Vozes.
- Casas, D., Rodríguez, A., Contreras, G., Becerril, Z., Vela, A., Ibarra, L., Gutiérrez, V., Galeana, C. (2014). Subculturas en adolescentes de Ciudad Nezahualcóyotl: prácticas de riesgo para la salud. *Medicina e Investigación*, 2(1), 2–11. [https://doi.org/10.1016/s2214-3106\(15\)30021-2](https://doi.org/10.1016/s2214-3106(15)30021-2)

- Caudevilla, F. (2012). *Drogas : Conceptos Generales, Epidemiología y valoración del consumo*.
- Chan, K., Kok-Yee, N., Soon, A. (2008). Personality and leader effectiveness: A moderated mediation model of leadership self-efficacy, job demands, and job autonomy. *Journal of Applied Psychology, 1*. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.4.733>
- Del Fresno, M. Perez, R. (2012). Adolescentes y drogas : La deconstrucción de la percepción. *Revista De Estudios De Juventud, 97*, 53–62.
- Deodato, S., Nunes, E., Capelas, M., Seabra, P., Sarreira Santos, A., Medeiros Garcia, L., & Deodato, S. (2017). Comportamientos de riesgo relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en niños y jóvenes de Lisboa. *Enfermería Global: Revista Electrónica Semestral de Enfermería, 16*(3), 98–127.
- Díaz, K., Amaya, M. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *Avances En Enfermería, 30*, 37–59. ISSN electrónico 2346-0261
- Diaz, S., Quiña, G., Moguillansky, M. (2009). El consumo de drogas como consumo cultural. La problemática del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes desde la cultura del consumo. *Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR*.
- Ehrenzweig, Y. (2005). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances En Psicología Latinoamericana, 25*, 7–21. <https://doi.org/ISSN 2145-4515>.
- Espinosa, K., Hernández, M., Cassiani, C., Cubides, Á., Martínez, M. (2016). Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en una institución educativa de Jamundí Valle, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(1), 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.06.001>
- Fabelo, J., Iglesias, S., Gonzalez, S. (2013). Riesgo adictivo en adolescentes con conducta desviada. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana, 10*(2).
- Farré M, A., Moran, I., Baldira, J., Marruecos, L., Nogué, S. (2012). Anfetaminas y drogas de síntesis. *Toxicología Clínica. Madrid: Grupo Difusión.*, 30.

- Feixa, C. (2006). Teorías sobre la juventud en la era contemporánea. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 4(2), 1–18.
- Fernández, P. (2010). *Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes*. Universidad de Alcalá.
- Fondo de las Naciones Unidas para los Niños. (2016). *Niñez y Adolescencia desde la Intergeneracionalidad*. Observatorio Social del Ecuador. <https://www.unicef.org/ecuador/informes/ni%C3%B1ez-y-adolescencia-desde-la-intergeneracionalidad>
- Gabatx, R., Schmidt, A., Terra, M., Padoin, S., Da Silva, A., Lacchini, A. (2013). Perception of crack users in relation to use and treatment. *Rev Gaucha Enferm.*, 24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100018>
- Gallego, V., Vivancos, I., Linares, D., Robles, Á., García, M., Noguera, M. (1998). Comorbilidad psiquiátrica, prevalencia y epidemiología del uso de drogas. *Congreso Virtual Internacional de Enfermería.*, 16, 78.
- Gamella, J., Jiménez, M. (2004). La “cultura cannábica” en España. La construcción de una tradición ultramoderna. *MONOGRAFÍAS HUMANITAS*, 5, 23–54. <https://www.researchgate.net/publication/267420969>
- García, H., Ferreira, M., Titus, J., Lopes, I., Hayasi, P., R. R. (2015). Drug use, mental health and problems related to crime and violence: Cross-sectional study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1173–1180. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0478.2663>
- García, E. (2015). La empatía en la medicina. *Rev LatinoamPatolClin Med Lab.*, 62(4), 204–205. <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2015/pt154a.pdf>.
- Giddens, A, S. P. (2013). Sociología. In *Alianza Editorial*. (Septima Ed). Alianza Editorial.
- Goti, J., Díaz, R., Arango, C. (2016). Patología Dual. Protocolos de intervención en adolescentes. *Adolescentes y Patología Dual*, 37.
- Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., G. A. (2005). The impact of illness representations and

disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychology & Health*.

Güelman, M. (2012). Sociabilidad y consumos de drogas. Un análisis de sus vinculaciones desde las experiencias de jóvenes de barrios marginalizados del Área Metropolitana de Buenos Aires. *VII Jornadas de Sociología de La UNLP "Argentina."*, 3(Diciembre), 1–47. <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar>

Halpern J. (2003). What is clinical empathy?. *Journal of general internal medicine*, 18(8), 670–674. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>

Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., Collier, D., & Treasure, J. (2006). Is Impaired Set-Shifting an Endophenotype of Anorexia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 75. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2269>

Hopenhayn, M. (2004a). La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias. *Santiago: CEPAL-OIJ*, 401. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:La+juventud+en+Iberoam?rica+Tendencias+y+urgencias#0>

Hopenhayn, M. (2004b). Participación juvenil y política pública: un modelo para armar. *Trabalho Apresentado No I Congresso Da Associação Latino Americana de População, ALAP,I*, 1–25.

Hynes., M. (2019). Informe Sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019. Resumen Ejecutivo. *Organización de los Estados Americanos*. ISBN 978-0-8270-6794-3

Imran, N., Azeem, M. W., Chaudhry, M. R., & Butt, Z. (2015). Illness perceptions in adolescents with a psychiatric diagnosis in Pakistan. *BJPsych Bulletin*, 39(4), 174–178. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.048298>

Jiménez, J., Pérez, M., Medina, M., Rivera, C. (2010). El abuso de drogas en el marco de los trastornos del comportamiento perturbador. *Trastornos Adictivos*, 12(2), 48–57. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(10\)70011-8](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(10)70011-8)

Karimi, F. Z., & Abdollahi, M. (20019). Factors Affecting Empathy with Patient among

- Healthcare Provider Students: A Structural Equation Modeling Study. *Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-Reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine.*, 40. <https://doi.org/https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23232>
- Kejser, M., Nordentoft, M., Hjorthøj, C. (2018). Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 343–350. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17020223>
- Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K, W. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.*, 6, 62. <https://doi.org/doi:10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kleinman A, Eisenberg L, G. B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.*, 2, 88. <https://doi.org/doi:10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Kornblit, A., Beltramino, F. Calvi, G., Camarotti, A., Federico, A., Godio, C., Guffanti, S. (1992). *Sociedad y droga* (Centro Editor de América Latina. (ed.); 1st ed.).
- Laespada, T., Iraurgi, I., Aróstegi, E. (2004). Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. *Universidad de Deusto*, 1–125. [http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_inf\\_txostena/es\\_9033/adjuntos/informe\\_txostena14.pdf](http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf)
- Leventhal, H., Zimmerman, R., Gutmann, M. (1984). Compliance: A Self – Regulation Perspective. (1st ed.). *Handbook of behavioral medicine.*<https://doi.org/10.1080/08870449808407425>
- Loayssa, J., & Echagüe, I. (2001). La salud en la adolescencia y las tareas de los servicios de salud. *An. Sist. Sanit. Navar*, 24, 93–105. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0428>
- Lobban F, Barrowclough C, J. S. (2004). The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia. *Psychol Med.*, 7, 34. <https://doi.org/doi:10.1017/s003329170400203x>

- Martínez, F. (2001). Prevención familiar del consumo de drogas. *Órgano Oficial de Expresión de La Sociedad Española de Toxicomanías.*, 3(4), 263–270.
- Martínez, J. (2012). Antonio López Peláez: Teoría del Trabajo Social con grupos. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 110. <https://doi.org/10.5944/comunitania.3.9>
- Maturana, A. (2011). Consumo dealcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98–109. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70397-2](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70397-2)
- Miller, B. (2016). *Antropología Cultural*. (Pearson Educación S. A. (ed.); 7th ed.).
- Molero, M., Pérez, M., Gázquez, J., Barragán, A. (2017). Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Atención Familiar*, 24(2), 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.02.001>
- Molina R. (2013). Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral*, 17 (3)(3), 205–216. <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-04/consumo-de-tabaco-alcohol-y-drogas-en-la-adolescencia/>
- Moss-Morris , R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., Buick, D. (2002). THE REVISED ILLNESS PERCEPTIONQUESTIONNAIRE (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 16. <https://doi.org/DOI: 10.1080/08870440290001494>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). Informe Mundial sobre las Drogas. [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15\\_ExSum\\_S.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). Informe Mundial sobre las Drogas. [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). Informe Mundial sobre las Drogas. [https://www.unodc.org/doc/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2013/World_Drug_Report_2013_Spanish.pdf)
- Orte, C., Ballester, L., Pozo,R., Vives, M. (2017). El mantenimiento de los cambios en un programa de prevención familiar basado en la evidencia. Un estudio longitudinal de familias. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 2(29), 113.

[https://doi.org/10.7179/psri\\_2017.29.08](https://doi.org/10.7179/psri_2017.29.08)

Pallarés, J. (2006). Las drogas como significante cultural. In *Congreso 20 Sociedad, Familia y Drogas*. [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Congreso2006\\_Madrid.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Congreso2006_Madrid.pdf)

Pavuluri MN, Luk SL, M. R. (1996). Help-seeking for behavior problems by parents of preschool children: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 2, 35. <https://doi.org/doi:10.1097/00004583-199602000-00015>

Pérez, M. ángel V., Bourdieu, P., Jiménez, I., angel Vite Perez, M., & Jimenez, I. (1998). Capital cultural, escuela y espacio social. In *Revista Mexicana de Sociología* (Vol. 61, Issue 1). <https://doi.org/10.2307/3541220>

Petrie, K., Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clin Med (Lond).*, 6, 6. <https://doi.org/doi:10.7861/clinmedicine.6-6-536>

Pollack, L., Aponte, M. (2001). Patients' perceptions of their bipolar illness in a public hospital setting. *Psychiatric Quarterly*, 72(2), 167–179. <https://doi.org/10.1023/A:1010371626859>

Portero, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3–4), 96–104.

Poulin, C., Hand, D., Brock, B., Santor, D. (2005). Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction*, 100(4), 525–535. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01033.x>

Quiceno, J., Vinaccia, S. (2010). Illness perception: an approximation from the Illness Perception Questionnaire. *Psicología Desde El Caribe*, 25, 56–83.

Rivas, A., Lara, R. (2001). Conservación Y Petróleo En La Amazonia Ecuatoriana. In *EcoCiencia / Abya-Yala* (Ed.), *EcoCiencia* (1st ed.). <https://doi.org/10.1109/TBME.2010.2053367>

Rivas, A. (2019). *Investigación Cualitativa en Salud*.

Robles, J., Espinel, J., Guevara, F. (2017). Beliefs Towards Alcohol and its Influence on the

- Perception of Risk: Research in University Students from Region 5 in Ecuador. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237(June 2016), 1005–1011. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.143>
- Rodríguez, L., Nicosia, A., Abal, Y. (2009). El consumo de drogas como consumo cultural. La problemática del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes desde la cultura del consumo. *Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR*, 197.
- Rughani, J., Deane, F., Wilson, C. (2011). Rural adolescents' help-seeking intentions for emotional problems: the influence of perceived benefits and stoicism. *Aust J Rural Health.*, 264. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1440-1584.2011.01185.x>
- Sánchez, J., Villarreal, M., Ávila, M., Vera, A., Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*. *Psychosocial Intervention*, 23, 69–78. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.5093/in2014a7>
- Sánchez, M., Robles, J., Ripalda, V., Calderón, J. (2018). La percepción del riesgo relacionado al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados/as. *Revista Prisma Social*, 1(23), 235–249. <http://revistaprismasocial.es/article/view/2776/2918>
- Sandoval, C. (1996). *Investigación cualitativa* (I. INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR (ed.); 1st ed.). ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Saunders, J. (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 227–237. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000332>
- Sepúlveda, L. (2010). Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales. *Revista de Trabajo Social Perspectivas*, 21, 27–53. <https://biblat.unam.mx/es/revista/trabajo-social-santiago/articulo/participacion-social-en-el-sistema-publico-de-salud-en-chile>
- SETED. (2017). Plan nacional de prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas 2017-2021. *Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021*, 23.

[http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/5.Dr\\_. Josué VegaPlan Nacional de Drogas 2017-2021.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/5.Dr_.%20Josu%C3%A9%20VegaPlan%20Nacional%20de%20Drogas%202017-2021.pdf)

Sopelana, P. (2007). Consumo adictivo de sustancias psicoactivas. *Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares*, 9(86), 5536–5543. [https://doi.org/10.1016/s0211-3449\(07\)74693-3](https://doi.org/10.1016/s0211-3449(07)74693-3)

Srenbik, D., Cauce, A., Baydar, N. (1996). Help-Seeking Pathways for Children and Adolescents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders.*, 4(4), 210–220. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/106342669600400402>

Tena, A., Castro, G., Marín, R., Gómez, P., De la Fuente, A., Gómez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina Interna de Mexico*, 34(2), 264–277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>

Torres, Y., Posada, J., B. D. (2010). Factores asociados al abuso y la dependencia de sustancias en adolescentes colombianos, con base en los resultados del WMH-CIDI. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 112S-132S. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60271-7](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60271-7)

Vargas, I. (2014). Percepción de la enfermedad en pacientes con trastorno bipolar. Aproximación a la relación médico/paciente. *Estudios de Antropología Biológica*, XIII, December. <https://doi.org/https://www.researchgate.net/publication/269632207> Percepción

Vinet, E., Faúndez, X., Larraguibel, M. (2009). Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: Una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI. *Revista Medica de Chile*, 137(4), 466–474. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872009000400003>

Weinman, J., Petrie, K., Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11, 43. <https://doi.org/DOI:10.1080/08870449608400270>

Williams, K., Steer, H. (2011). Illness perceptions: are beliefs about mental health problems associated with self-perceptions of engagement in people with psychosis?. *Behav Cogn*

*Psychother.*, 2, 39. <https://doi.org/doi:10.1017/S1352465810000627>

Zaharakis, N., Mason, m., Mennis, J., Light, J., Rusby, J., Westling, E., Crewe, S., Flay, B., Way, T. (2019). *School, Friends, and Substance Use: Gender Differences on the Influence of Attitudes toward School and Close Friend Networks on Cannabis Involvement*.19(2), 138–146. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0816-y.School>

Zerbetto, S., Oliveira, B. (2018). The family relationships with adolescents users of psychoactive substances: the parents ' perception \*. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2018, 20, 1–10. <https://doi.org/10.5216/ree.v20.46353.1>

## **CAPÍTULO VII**

### **GLOSARIO**

**ANDARTE:**Equivalencia a realizarse un acto así mismo.

**APEGARSE:**Sentir apego o cariño por alguien.

**BESTIA:** Hace referencia a la persona que provoca violencia física y psicológica.

**BRUJA O DIES:** Nombre usado para personas que venden drogas.

**CALABOZO:** Celda especialmente destinada a incomunicar durante cierto tiempo a un preso.

**CHICO/A:**Hace referencia a una persona que tiene poca edad o es muy joven.

**CRIPY:** Marihuana alterada con mayor porcentaje de THC (tetrahidrocannabinol).

**CUADROS:**Cada cuadro es una pequeña dosis de LSD, a menudo está impreso con personajes de dibujos animados y perforados.

**DEVOLVER:** Golpear como respuesta a un golpe que se ha recibido.

**DINAPEN:** Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes, tiene como objetivo trabajar en defensa de los derechos de los menores de edad y prevenir la vulneración de sus derechos.

**ENDI:** Droga MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) o éxtasis.

**FULL:** Como equivalente a “muy” y “mucho”.

**FUMADOS:**Que ha fumado droga y se encuentra bajo sus efectos.

**MALITA:** Hace referencia a estar drogada.

**METERME:** Hace referencia a consumir.

**PEPAS:** Droga LSD (dietilamina de ácido lisérgico).

**PUMAMAQUI:** Centro de rehabilitación especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.

**SWICHT:** Bebida alcohólica con mezcla de vodka con naranja, vodka con maracuyá, vodka con durazno y vodka con limón, y la versión ron con cola.

**TOQUETEOS:**Tocar reiteradamente a alguien o una parte de su cuerpo con la mano, generalmente por deseo sexual.

**TRÓPICO:** Bebida alcohólica.

**TUSI:** droga sintética comercializada en forma de pastillas o en polvo de distintos colores.

**UPS:**Droga MDMA en forma de pastilla.

**VACA:** Acción de reunir dinero entre dos o más personas para hacer una compra común.

## ANEXOS

### 1. ASENTIMIENTO INFORMADO Y DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Este Formulario de Asentimiento Informado está dirigido a los adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, que acudan a consulta externa, estén hospitalizados en el Hospital Especializado Julio Endara y además a los que daremos encuentro en su domicilio.

#### **Investigadores:**

Dra. Magaly Denisse Cornejo Vega

#### **Nombre de la Organización**

Postgrado de Pediatría

Facultad de Medicina

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

#### **Nombre de la Propuesta:**

**“PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN EL HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIO ENDARA DE LA CIUDAD DE QUITO, EN LOS MESES ENERO Y FEBRERO 2020”**

#### **PARTE I: Información**

##### **Introducción**

La investigadora es estudiante del Postgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Se está investigando sobre la percepción de la enfermedad en adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Se le proporcionará información y lo invitamos a participar en este estudio. No tiene que decidir inmediatamente si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, deténgame según le informo para darme tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntar cuando crea más conveniente.

##### **Propósitos**

El propósito de este estudio es conocer la forma en que un paciente percibe su condición, lo que nos puede ayudar a comprender su comportamiento, su adaptación, respuesta emocional a su enfermedad y como esto influye en su respuesta y adherencia al tratamiento.

### **Tipo de Intervención de Investigación**

Esta investigación se realizará a través de una entrevista directa a los adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

### **Selección de participantes**

Están invitados a participar los adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas que acudan a consulta externa, estén hospitalizados en el Hospital Especializado Julio Endara y además a los que daremos encuentro en su domicilio.

### **Participación Voluntaria**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

### **Procedimientos**

Si desean participar en este estudio deben contestar todas las preguntas de la entrevista semiestructurada, que están en relación a la percepción de la enfermedad, relación y expectativas familiares, sociales y con los pares, así como la relación médico paciente. Las respuestas serán ingresadas en una base de datos, la cual será analizada por los autores y posteriormente escribirán un informe final exponiendo los resultados del trabajo.

### **Duración**

Estas preguntas tomarán aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

### **Confidencialidad**

La información que se recoja en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial y será puesta fuera de alcance de personas ajenas a la institución y solo los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo la investigadora sabrá cuál es su número y se mantendrá la información bajo seguridad. No será compartida ni entregada a nadie.

### **Compartiendo los Resultados**

La información será presentada en la disertación del trabajo final de tesis de la investigadora. Si los resultados de este estudio se publican o presentan no utilizaremos el nombre de los participantes.

### **Derecho a negarse o retirarse**

Usted no tiene por qué formar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

### **A Quién Contactar**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a:

Dra. Magaly Cornejo 0998319669

## PARTE II: Formulario de asentimiento

He sido invitado (a) a participar en la investigación **“PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN EL HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIO ENDARA DE LA CIUDAD DE QUITO, EN LOS MESES ENERO Y FEBRERO 2020”**

Entiendo que se me realizará una entrevista. He sido informado (a) que los riesgos son mínimos. Sé que es posible que no me beneficie directamente al participar en el estudio; sin embargo, los resultados pueden ayudar a conocer la forma en que un paciente percibe su condición, para poder comprender su comportamiento, su adaptación, respuesta emocional a su enfermedad y como esto influye en su respuesta y adherencia al tratamiento. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de la investigadora y puede ser fácilmente contactada.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

### **Si es analfabeto/a**

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo \_\_\_\_\_ Huella dactilar del participante

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## 2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CUIDADOR

Este formulario se dirige a los padres o cuidadores que se encuentren junto a los adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, que acudan a consulta externa, estén hospitalizados en el Hospital Especializado Julio Endara y además a los que daremos encuentro en su domicilio.

He sido invitado para que mi hijo/a participe en una investigación sobre:

**“PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN EL HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIO ENDARA DE LA CIUDAD DE QUITO, EN LOS MESES ENERO Y FEBRERO 2020”**

Entiendo que ello significa que será entrevistado y se le harán una serie de preguntas respecto a su enfermedad y sus relaciones familiares, sociales y de amigos, así como la relación médico paciente. He sido informado de que los riesgos son mínimos y no representa peligro para él. Soy consciente de que puede que no haya beneficio personal para mí o mi hijo/a y que no seré compensado. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio. He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente que mi hijo/a participe en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio mi hijo/a en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma mi atención médica ni la de mi hijo/a.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre o Cuidador \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre o Cuidador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Día/mes/año

Si es analfabeto un testigo que sepa leer y escribir debe firmar:

Los participantes analfabetos deben incluir su huella dactilar.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al potencial participante, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo \_\_\_\_\_

E impreso de la huella dactilar del padre/madre

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Día/mes/año

Se ha proporcionado una copia de este documento de Consentimiento Informado al padre/madre o apoderado del participante \_\_\_\_\_

### 3. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADOR

He sido invitado (a) a participar en la investigación **“PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN EL HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIO ENDARA DE LA CIUDAD DE QUITO, EN LOS MESES ENERO Y FEBRERO 2020”**

Entiendo que se me realizará una entrevista. He sido informado (a) que los riesgos son mínimos. Sé que es posible que no me beneficie directamente al participar en el estudio; sin embargo, los resultados pueden ayudar a conocer la forma como el cuidador percibe la enfermedad del adolescente, permitiendo comprender su comportamiento, su adaptación, respuesta emocional a su enfermedad y como esto influye en su respuesta y adherencia al tratamiento. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de la investigadora y puede ser fácilmente contactada.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

#### **Si es analfabeto/a**

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo \_\_\_\_\_ Huella dactilar del participante

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### **4. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL ADOLESCENTE (IGUAL O MAYOR A 18 AÑOS)**

He sido invitado (a) a participar en la investigación **“PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN EL HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIO ENDARA DE LA CIUDAD DE QUITO, EN LOS MESES ENERO Y FEBRERO 2020”**

Entiendo que se me realizará una entrevista. He sido informado (a) que los riesgos son mínimos. Sé que es posible que no me beneficie directamente al participar en el estudio; sin embargo, los resultados pueden ayudar a conocer la forma en que un paciente percibe su condición, permitiendo comprender su comportamiento, su adaptación, respuesta emocional a su enfermedad y como esto influye en su respuesta y adherencia al tratamiento. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de la investigadora y puede ser fácilmente contactada.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### **Si es analfabeto/a**

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo \_\_\_\_\_ Huella dactilar del participante

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## GUIA PARA LA ENTREVISTA

**Nombre y Apellido**\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento**\_\_\_\_\_ **Edad:**\_\_\_\_\_

**Provincia y Barrio de tu vivienda:**\_\_\_\_\_

**Sexo:** F ( ) M ( )

**Estado civil:** Soltero()Casado()Unión libre()Otro()

**¿Actualmente estudias?**

Si tu respuesta es SI menciona, en que año de estudio te encuentras:\_\_\_\_\_

Si tu respuesta es NO menciona, en que año de estudio te quedaste, o si nunca estudiaste\_\_\_\_\_

**Religión:**\_\_\_\_\_

### 1. ANTECEDENTE PERSONAL:

- ¿Qué enfermedades has tenido?
- ¿Has estado hospitalizado?
- Menciona cuantas veces has estado hospitalizado y la causa
- ¿Cómo te identificas?
- ¿Qué actividades te gustan hacer?
- ¿Qué es para ti tener tiempo libre?
- Por lo general, ¿qué haces en tu tiempo libre?
- ¿Qué hiciste ayer?
- ¿Qué tipo de música te gusta?
- ¿Cómo definirías tu forma de vestir?

### 2. SUSTANCIA PSICOACTIVA Y PERCEPCIÓN

- ¿Qué significa para ti una fiesta- farra?
- ¿Cómo te das cuenta que una fiesta va a estar buena?
- ¿Qué necesitas para divertirte en las fiestas?
- ¿Qué es una droga para ti?
- ¿Qué drogas conocen tus amigos?

- ¿crees que las drogas causan algún problema en la vida o en la salud?
- ¿tus amigos han usado drogas, cuáles?
- ¿te han contado que sienten al usarlas?
- ¿Qué reacciones pueden provocar en el cuerpo o mente?
- ¿Sabes que los motiva a consumir? ¿Por qué crees tú que lo hacen?
- ¿A qué edad crees que debe ser consumido?
- ¿Dónde es el lugar ideal o adecuado para su consumo?
- ¿crees que consumir drogas trae consecuencias en la vida? ¿Buenas o malas?
- ¿Consideras que este consumo es temporal? o para toda la vida?
- ¿De qué depende que tenga control o no?
- ¿Por qué acudes a este Hospital?

### **3. A CERCA DE TUS FAMILIARES:**

- Nombra a todos los familiares que viven contigo:
- ¿Quién sostiene el hogar económicamente?
- ¿En tu familia expresan afecto entre todos?
- ¿Con quién compartes tus sentimientos abiertamente?
- Cuando tienes algún problema ¿A quién recurres?
- ¿En tu familia expresan sus problemas y buscan soluciones?
- ¿Alguno ha tenido problemas de consumo de alcohol o drogas?
- ¿Alguien ha cometido algún delito?
- ¿Alguno tuvo o tiene alguna enfermedad importante?
- ¿Cuál es la religión de tu familia?
- ¿Cómo te relacionas con tus padres y hermanos?

### **4. ESCUELA**

- ¿Cuántos amigos tienes en la escuela?
- ¿Te llevas bien con tus compañeros?
- ¿Qué actividades haces con ellos?
- Cuando no están en el colegio, ¿qué haces con tus amigos?
- ¿Cómo son tus amigos, cómo los describirías?

- ¿Qué cosas te parecen importantes que definen a un grupo de amigos?
- ¿Qué los identifica como grupo?
- ¿A qué hora sales con tus compañeros o amigos?
- ¿Y con el dinero cómo se manejan? ¿Piden?, ¿Cómo lo consiguen?
- ¿En qué gastas el dinero el fin de semana?
- ¿Alguno de tus compañeros o amigos consumen drogas?
- ¿Qué tienen pensado hacer cuando terminen el colegio?
- ¿Cómo te imaginas de acá a cinco y diez años? Mejor, igual o peor. ¿Cómo será la relación tus padres?
- ¿Tienes sueños? cuéntame

## **5. AL CUIDADOR**

- ¿Por qué piensa usted que su hijo consume drogas?
- ¿Qué drogas consume su hijo?
- ¿A qué edad inicio con este problema?
- ¿Usted consume o consumió alguna droga? ¿Su hijo lo sabe?
- ¿siente que le ha dado la atención suficiente a sus problemas?
- ¿Conoce a sus amigos y/o compañeros de escuela y las actividades que hace con ellos?
- Describa el vínculo con su hijo
- ¿Cómo manifiesta apoyo y afecto a su hijo?
- ¿Qué opina usted sobre la drogadicción?
- ¿Quién aplica disciplina en el hogar? Y ¿cómo lo hace?
- ¿Se preocupa por su rendimiento y logros académicos? ¿Qué hace para fomentarlos?
- ¿La familia realiza alguna actividad, hábito o tradición?
- ¿Quién cree usted que es responsable de los problemas de su hijo?

## **6. EMPATÍA**

- ¿Sientes que te ponen la atención necesaria para tus problemas?
- ¿Cómo te sientes al relatar tus problemas?
- ¿Conversa contigo el médico o solo con tu familiar?
- ¿Toman en cuenta tu opinión en cuanto al tratamiento?

- Te toman en cuenta durante el control
- ¿Sientes facilidad en dar tus opiniones?
- ¿Te has sentido juzgado?

## GUÍA PARA HISTORIA DE VIDA

**FECHA:**

**CÓDIGO:**

### **1. FACTOR FAMILIAR**

- Describe a tus padres (edad, nivel académico, profesión u ocupación, estado civil)
- Afecto y apoyo familiar
- Describe a tus hermanos
- Tradiciones o hábitos familiares
- Disciplina familiar (Quién es cabeza de familia)
- Conflictos familiares
- Historia familiar de conducta antisocial
- Relación con tus hermanos, padres y amigos

### **2. FACTOR SOCIAL**

- Cambios importantes en tu vida
- Actividades deportivas, de ocio, amistades, estilos
- Relación de pareja
- Actividades de trabajo
- Relación con tus profesores, rendimiento académico
- Compañeros consumidores
- Conducta antisocial o delincuencia temprana
- Tiempo libre y espacios u ocasiones de celebración festiva
- Interacción con vecinos, familia, amigos

### **3. FACTOR PERSONAL**

- Identidad
- Relación con adultos
- Éxitos y fracasos
- Describe tu primer consumo

- Sitios y facilidades de consumo
- Comportamientos de riesgo: problemas legales, accidentes de tránsito, embarazo adolescente
- Tratamiento
- Cura y control

## **5. VISIÓN DEL FUTURO**

- Proyectos personales de vida
- Expectativas familiares
- Expectativas académicas
- Sueños

## **6. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE**

- Confidencialidad
- Atención y comprensión
- Adherencia al tratamiento