



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

"La Universidad Católica de Loja"

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA DE TESIS:

**"USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE
15 A 18 AÑOS DE EDAD EN COLEGIOS FISCALES DE LA
CIUDAD DE LOJA Y DETERMINACION DE SU PERCEPCION DE
DISFUNCION FAMILIAR"**

*Tesis previa a la obtención
del título de médico*

AUTORAS:

**María Eliana Charfuelán Espinoza
Rebeca del Cisne Valdiviezo Condolo**

**Director:
Dr. Nelson Lanchi León**

**LOJA-ECUADOR
2009**



CERTIFICACIÓN

Dr.

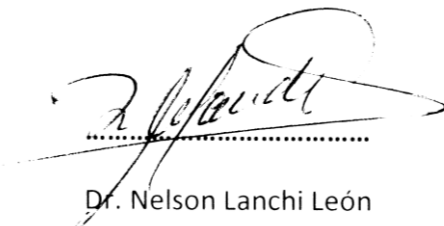
Nelson Lanchi León.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado **“USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS DE EDAD EN COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE LOJA Y DETERMINACION DE SU PERCEPCION DE DISFUNCION FAMILIAR”** el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, y luego de revisar y aplicar las correcciones hechas por los miembros del tribunal, apruebo la presentación y disertación en la fecha que se le establezca.

Loja, Noviembre 2009



Dr. Nelson Lanchi León



AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de sus autoras

Loja, Noviembre - 2009

María Eliana Charfuelán E.

Rebeca del Cisne Valdiviezo C.



DEDICATORIA

Gracias de todo corazón a Dios por su presencia divina en mi vida, a mis padres y hermanos, a ti Luis Oswaldo por tu amor sincero y dedicación constante.

Rebeca

Simplemente a Dios.....

A mi Madre por su infinita fe en mi, a mi Padre mi Medico de la vida y a mi Hermana por su apoyo incondicional.

Eliana



AGRADECIMIENTO

Nuestro reconocimiento y gratitud para las Autoridades y Profesores de la Universidad Técnica Particular de Loja, que nos dieron la oportunidad de profesionalizarnos a tan alto nivel.

Nuestro profundo agradecimiento a los catedráticos de la Escuela de Medicina, por la acertada y exitosa conducción de su pensum de estudios. A las autoridades y trabajadores de los diferentes sitios que nos acogieron para realizar nuestras prácticas estudiantiles, y nos apoyaron durante nuestra formación profesional

Un reconocimiento especial y sentimientos de gratitud para el Dr. Nelson Lanchi León quien, con su temple y decisión, ayudo a la puesta en marcha del presente trabajo que nos permite culminar con éxito esta carrera.

Se reconoce la paciencia y entrega de quienes siendo colaboradores indirectos, participan día a día en el proceso de formación de profesionales, y se agradece muy sinceramente la colaboración de los directivos y de cada uno de los funcionarios de los colegios fiscales de la ciudad de Loja y de la UTPL, sin su apoyo no hubiera sido posible elaborar esta revisión.

Las Autoras.



Declaración y Cesión de Derechos

Nosotras María Eliana Charfuelán Espinoza y Rebeca del Cisne Valdiviezo Condolo declaramos ser autoras del presente trabajo y eximimos expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaramos conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad

Loja, Noviembre – 2009

María Eliana Charfuelán E.

Rebeca del Cisne Valdiviezo C.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

Carátula.....	I
Certificación de Aprobación	II
Autoría.....	III
Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Declaración y Cesión de derechos de Autor.....	VI
Índice de Contenidos	VII
Resumen	IX
I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- JUSTIFICACION	5
III.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
IV.- MARCO TEORICO.....	7
1. ADOLESCENCIA Y FAMILIA	7
1.1. Adolescencia.....	7
1.1.1. Dificultad de los adolescentes en las relaciones humanas	10
1.2. La familia.....	12
1.2.1. Funciones de la familia.....	12
1.2.2. Estructura de la familia.....	13
1.2.3. La Importancia de la familia en el desarrollo humano.....	15
1.2.4. Capacidades del carácter.....	16
1.2.5. La familia funcional y disfuncional.....	17
1.2.6. Familia disfuncional y adolescencia.....	20
1.3. Apgar Familiar.....	21
2. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	23
2.1. Drogodependencias.....	24
2.2. Criterios diagnósticos de Dependencia.....	26
2.3. Clasificación de las sustancias psicoactivas.....	27
2.4. Tipos de Consumo.....	28
2.5. Vías de Administración.....	29
2.6. Sustancias Psicoactivas y sus efectos.....	29
2.6.1. Alcohol.....	29
2.6.2. Nicotina.....	30
2.6.3. Derivados del Cannabis.....	32
2.6.4. Cocaína.....	34
2.6.5. Opiáceos.....	36
2.6.6. Otras sustancias.....	38
2.6.7. Tratamiento para las adicciones.....	39
2.8. Las Drogas y el Adolescente.....	41
2.9. Prevención del Abuso de Alcohol y otras Drogas.....	42



V.-METODOLOGIA.....	44
Tipo de Estudio.....	44
Universo.....	44
Muestra.....	44
Procedimiento.....	44
Medios Disponibles.....	46
VI.- RESULTADOS.....	47
VII.- DISCUSION.....	61
VIII.- CONCLUSIONES.....	66
IX.- RECOMENDACIONES.....	68
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69
XI.- ANEXOS	



RESUMEN

El objetivo principal de este estudio fue realizar una aproximación preliminar a la relación entre la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y la percepción de disfunción familiar, en adolescentes de la ciudad de Loja.

Se utilizó un cuestionario dividido en tres partes:

Primera: con preguntas asociadas al consumo de drogas con la cual podemos determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas.

Segunda: se uso el cuestionario APGAR familiar (el acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve)), consta de cinco ítems que recogen la percepción de disfunción familiar por el sujeto que contesta, mediante cinco variables relacionadas con el funcionamiento familiar. Hay datos que apoyan el uso del test como un instrumento fiable y útil para medir el nivel de satisfacción con la función familiar.

Tercera: un cuestionario "Saber decir SI o NO a las drogas", que nos sirve para determinar la predisposición al consumo de sustancias psicoactivas por el conocimiento del adolescente sobre este tema.

Se aplicó a 5828 Adolescentes de 15 a 18 años de edad de los colegios fiscales de la ciudad de Loja, con porcentajes similares entre géneros. (55% masculino – 45% femenino)

La prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en los adolescentes de 15 a 18 años de edad del bachillerato de colegios fiscales de la ciudad de Loja es del 71% son que han consumido drogas en algún momento de su vida, y el 29% no.

Se obtuvo como resultados los siguientes porcentajes en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas



Indicadores	Porcentaje
Alcohol	34%
Marihuana	6%
Cocaína	3%
Heroína	6%
Tabaco	20%
Otros	3%
Ninguna	29%
Total	100%

Respecto al inicio del consumo de sustancias, se puede determinar que a mayor edad mayor es el consumo; en el caso del alcohol, el 47% inicia a los 12 a 15 años, para la marihuana se inicia a partir de los 15 a 18 años con el 61%, al igual que la heroína con el 52%, para el tabaco, encontramos que el 46% lo inicia a partir de los 15 a 18 años y el 43% entre los 12 a 15

En relación al ámbito familiar el 66% de los adolescentes viven en una familia integrada por Padre, Madre y Hermanos y consumen sustancias psicoactivas mientras que el 63% del mismo tipo de familia, no son consumidores.

De igual manera el 5% y 8%, de los que consumen y de los que no consumen respectivamente, vive con otros familiares.

Adicional a esto el 33% de adolescentes convive en un ambiente armónico y un 31% en un ambiente tensionado y conflictivo, independientemente de que consuman o no alguna sustancia psicoactiva.

Y finalmente según el conocimiento en base al tema, el 69% de los adolescentes; están bien informados y muestran más conocimiento sobre las drogas, el 22% posee un conocimiento confuso respecto al tema y un (9%) se encuentran en riesgo permanente y están desinformados mostrándose más susceptibles al consumo de drogas.



I. INTRODUCCIÓN:

El presente estudio busca establecer un mejor entendimiento del uso de sustancias psicoactivas en los adolescentes de los colegios fiscales de la ciudad de Loja y su percepción de disfunción familiar en sus hogares.

El estudio se desarrollo en 5828 adolescentes de 15 a 18 años de edad pertenecientes a 11 colegios fiscales; en los cuales se aplico el cuestionario APGAR familiar y un cuestionario adaptado que permite conocer el consumo, la familia y su conocimiento sobre el abuso de sustancias. Para llegar a ello partimos de una construcción teórica que incluye algunos temas como: ADOLESCENCIA Y FAMILIA; Adolescencia; Dificultad de los adolescentes en las relaciones humanas; La familia; Funciones de la familia; Estructura de la familia; La Importancia de la familia en el desarrollo humano; Capacidades del carácter; La familia funcional y disfuncional; Familia disfuncional y adolescencia; SUSTANCIAS PSICOACTIVAS; Drogodependencias; Criterios diagnósticos de Dependencia; Clasificación de las sustancias psicoactivas; Tipos de Consumo; Vías de Administración; Sustancias Psicoactivas y sus efectos; Alcohol; Nicotina; Derivados del Cannabis; Cocaína; Opiáceos; Otras sustancias; Tratamiento para las adicciones; Las Drogas y el Adolescente; Prevención del Abuso de Alcohol y otras Drogas.

Todos los sistemas humanos son gobernados por ciertos procesos reguladores básicos que aseguran su supervivencia y vitalidad aun cuando los mecanismos y normas que regulen tales procesos pueden variar en las diferentes culturas. Los sistemas sociales se organizan de tal manera que los individuos, las familias, las comunidades y las sociedades forman capas o estratos de creciente inclusión y complejidad.

La familia ocupa una posición central mediadora en esta jerarquía funcionando como el nexo primario entre el individuo y los otros sistemas sociales. En todas las culturas, a través de la historia, la familia ha cumplido una función socializadora fundamental, transmitiendo las normas y los valores sociales a sus miembros y, mediante su asimilación, preparando a su descendencia para funcionar en el mundo social. (1)

Siendo la familia la base fundamental y además el vínculo de las diferentes culturas, esta debe tener el refuerzo suficiente para afrontar los problemas sociales que se



vienen presentando en nuestra sociedad actual como es el uso y abuso de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes

Enfatizados en este fenómeno que está devastando nuestro medio hemos creído conveniente hacer un análisis de la situación describiendo algunos puntos importantes a continuación.

El consumo de drogas afecta a los adolescentes de todas las edades, de todos los grupos culturales y socioeconómicos. El consumo de drogas puede representar una simple experimentación del adolescente o un abuso significativo que interfiera en su desarrollo y su vida diaria. Entre las drogas más utilizadas tenemos el tabaco, el alcohol, la marihuana y la cocaína, aunque entre algunos adolescentes cada vez son más populares otras como el “éxtasis” (alucinógeno) “el crack” (combinación de droga con bicarbonato), entre otras. Se ha identificado una asociación entre las comorbilidades psiquiátricas y el consumo de sustancias. Por consiguiente, es esencial evaluar con cuidado el patrón de consumo de drogas al igual que las comorbilidades psiquiátricas asociadas. (2)

Los factores familiares involucrados en la causa de la farmacodependencia, son la violencia intrafamiliar, el maltrato y abuso sexual en la infancia, así como las prácticas de educación que infantilizan y perturban el adecuado desarrollo psicológico de los hijos. La perspectiva social más amplia que favorece que el problema de abuso de drogas se presente cada vez a edades más tempranas, permite identificar aspectos como la disponibilidad y el fácil acceso a estas sustancias, tanto lícitas, tabaco y alcohol, como ilícitas, entre ellas la mariguana, cocaína y los inhalables.

Un factor importante que contribuye al abuso, es la información contradictoria en los medios masivos de comunicación, que desorienta a las familias, en especial a niños y adolescentes, al presentar personalidades de la música, cine y deportes que son admirados por ellos, consumiendo sustancias adictivas.

Dentro de la perspectiva social, otros factores que con frecuencia se asocian al fenómeno de la farmacodependencia son el deterioro de la calidad de vida relacionada con aspectos de migración de zonas rurales a urbanas, y el aumento de la inseguridad con la creciente violencia y delincuencia.

La adolescencia es una etapa de la vida que se caracteriza por profundos cambios físicos, sociales y psicológicos. El adolescente se despide de un mundo conocido (la infancia) para entrar, en forma convulsionada, en otro que es percibido como desconocido y, en ocasiones, hostil (la edad adulta). El devenir de este proceso dependerá de factores sociales, familiares, individuales y culturales. (4).

Las tareas del desarrollo en la adolescencia, incluyen:

Ajuste a los cambios físicos de la pubertad.



Logro de la independencia de los padres.

Creación de relaciones con los pares.

Capacitación y preparación para el trabajo y la productividad.

A pesar de que estas tareas son normales, también presentan dificultades y desafíos a los adolescentes. La lucha para enfrentarlas y superarlas puede originar fuertes sentimientos de impotencia, aislamiento y rebelión. Para el logro de dichas tareas, los adolescentes deben desarrollar una filosofía de vida que incluya valores personales, y un sentido o propósito que los motive y los guíe.

Debido a los rápidos cambios que los adolescentes experimentan, se encuentran en alto riesgo de llegar al abuso de sustancias con más celeridad que los adultos, aunque se haya empezado por curiosidad o experimentación.

Las sustancias que con más frecuencia utilizan los jóvenes a pesar de los altos riesgos a la salud, son el alcohol, el tabaco, la marihuana, la cocaína, los inhalables y las drogas de diseño, que a continuación se mencionan brevemente.

Las razones para el consumo de drogas como ya se menciono, son multifactoriales e incluyen el consumo de sustancias en la familia, una mala relación con los padres, malos tratos y desamparo durante la infancia, la percepción de que hay compañeros que consumen drogas, el fracaso escolar, una baja autoestima, una conducta antisocial precoz, y el trastorno mental, en particular la depresión. Como médico de atención primaria, el papel del profesional debe consistir en defender al paciente y ayudar a los padres a que comprendan el problema que tiene su hijo. A veces los padres son capaces de entender los problemas que afectan la vida de su hijo, pero no de enfrentarse con los suyos. Si existe disfunción familiar, toda la familia puede beneficiarse de un buen asesoramiento. Es casi imposible que un adolescente que consume sustancias de abuso de manera continuada pueda curarse en el seno de una familia cuya dinámica es anormal. (2)

La mayor parte de las consecuencias del abuso de sustancias son conductuales y genérica(es decir, no específicas de una droga en particular). El impacto de la adicción sobre el estilo de vida del adolescente y la estructura de la familia suele ser similar independientemente de la droga de adicción. (5)

Las consecuencias psicológicas, familiares y socioeconómicas de este problema son dramáticas, por otra parte sus repercusiones en las relaciones humanas tanto familiares como sociales y su relación con elevados índices de criminalidad y delincuencia, accidentes, etcétera; hacen de las drogas uno de los problemas de salud publica mas importantes de nuestro país, dado que la proporción de los pacientes que usan sustancias psicoactivas continua funcionando dentro del contexto de la familia es indispensable un enfoque familiar para estudiar y manejar esta problemática (6)

En ciertas familias el manejo y control de un caso de consumo de drogas en un primer momento suele ser la movilización parcial o total de sus integrantes. A veces también



pueden asumir una indiferencia extrema, esto debido a que en los inicios del caso aún los repertorios del comportamiento del usuario a drogas no están lo suficientemente devastados y los problemas familiares que ocasiona no son de relevancia movilizadora. No obstante lo que suele suceder comúnmente en la casuística, es que la familia se moviliza modificando sus Roles Complementarios sustituyendo algunas veces al familiar-adicto en las funciones que tradicionalmente venía desempeñando. No obstante de una u otra forma se va a modificar el clima en el sistema familiar y por ende los diferentes subsistemas del mismo. Los padres se relacionan ahora de una manera diferente a como lo venían haciendo antes de descubrirse el consumo. Al igual que el subsistema fraterno como cuando aparece un caso de psicosis en cualquier familia. Los diversos comportamientos que suelen modificar los integrantes van a favorecer o dificultar de manera directa o indirecta el consumo a sustancias químicas y por ende también a dificultar o facilitar el diseño y desarrollo de la terapéutica desadictiva correspondiente

Partiendo de que la prevención tiene como finalidad evitar o retrasar el inicio del consumo de drogas, los profesionales en la salud debemos tener interés e involucrarnos en el proceso preventivo de una manera articulada. Igual es oportuno que desde este posicionamiento, se haga prevención desde los primeros estudios del desarrollo evolutivo de las personas por lo que el contexto educativo como lugar intencional y planificado sea uno de los espacios adecuados para desarrollar los objetivos de la presente propuesta que como estudio pretende analizar nuestro estado actual en cuanto al tema y además realizar el diseño de un programa de prevención de drogas en los adolescentes, teniendo como propósito fundamental el apoyo familiar, a fin de disminuir riesgos de familias disfuncionales.



II. JUSTIFICACION

El uso de alcohol, tabaco y otras drogas producen cada año más muertes y discapacidades que cualquier otra causa susceptible de ser prevenida. El costo económico que supone esta epidemia para todas las administraciones públicas es enorme. Pero más importantes son los problemas familiares, sociales y de salud a que se enfrentan.

El consumo de sustancias psicoactivas, es un serio problema de salud pública por que tiene consecuencias en la salud individual y afecta a todos los grupos sociales. Según los datos estadísticos a nivel mundial los adolescentes son el grupo más vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas.

Aún con el conocimiento de que las drogas son nocivas para la salud, el consumo de estas por adolescentes continúa en aumento. El adolescente por encontrarse en una etapa de exploración y experimentación, así como de búsqueda de su identidad le resulta placentero disfrutar de los efectos que produce lo desconocido.

El consumo de sustancias psicoactivas se asocia con una serie de factores de riesgo de tipo demográfico, social, psicológico y ambiental que incrementan la posibilidad del uso y el abuso de drogas

Dentro de los factores predisponentes al consumo de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes hemos considerado de mucha importancia el factor relacionado con la familia, dado que la funcionabilidad o disfuncionabilidad de esta puede llevar a los adolescentes a ser presa fácil del mundo de las drogas.

Como requisito final para obtener nuestro título de médicos y en función de lo mencionado anteriormente, hemos realizado un estudio en nuestra ciudad, con el propósito: de identificar el uso de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes de 15 a 18 años de edad de los colegios fiscales de la ciudad de Loja, y la percepción de disfunción dentro de su grupo familiar, contribuyendo con ello a un mejor conocimiento de esta realidad social.

III. OBJETIVOS

La finalidad de este trabajo se señala en los siguientes objetivos:

General:

Conocer la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en adolescentes de 15 a 18 años de edad de los colegios fiscales de la ciudad de Loja que perciben disfunción familiar.

Específicos:

Conocer la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en los adolescentes del bachillerato de colegios fiscales de la ciudad de Loja

Determinar el posible grado de disfunción familiar percibida por los adolescentes del bachillerato de los colegios fiscales de Loja que usan sustancias psicoactivas.

Determinar si el consumo de sustancias psicoactivas en el adolescente encuestado, se dio antes o después de su percepción de disfunción familiar

Conocer el porcentaje de adolescentes con mayor predisposición al consumo de sustancias psicoactivas por su conocimiento sobre este tema.



IV. MARCO TEORICO

1. ADOLESCENCIA Y FAMILIA.

1.1. ADOLESCENCIA

La adolescencia ha sido frecuentemente asumida como una etapa de vulnerabilidad (potencialidad de que se produzca un riesgo o daño) ante los factores de riesgo presentes en el entorno, razón por la cual los proyectos sociales destinados a esta población están enfocados principalmente a la prevención de situaciones difíciles para los jóvenes en el futuro inmediato. (9,15)

DEFINICIONES

Adolescencia es la etapa del desarrollo entre la niñez y la edad adulta esta etapa está marcada por cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento, el desarrollo de los niños entre 11 y 18 años no está solamente determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimentan su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad, las expectativas puestas en ellos por los adultos con los que conviven, y las influencias sociales. (9)

La palabra "adolescente", es un término que proviene de *adolescens*, del latín de la primera mitad del siglo XV, que significa 'hombre joven' 'que está creciendo', y es el participio activo de *adolescere* que significa 'crecer'. (10) De acuerdo a Real Academia de la Lengua Española la adolescencia es "la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo." Por otra parte, la pubertad está definida como: "Primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta." Proviene del latín *pubertas*, edad viril, virilidad, hombría, valentía, valor. En el latín más antiguo, se entendía como sinónimo de *prima adolescentia*, es decir, se encuentra en el principio de la adolescencia. Ambas palabras, tanto adolescencia como pubertad, están relacionadas con un periodo de crecimiento que implica la entrada o el paso a la edad adulta, sin embargo, es pertinente dejar clara la diferencia entre una y otra. (10)

El adolescente se encuentra en la etapa de las operaciones formales logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales y se encuentra de los 11 años en adelante. (11)

La adolescencia temprana, o transición de la niñez, ofrece oportunidades de crecimiento no sólo en lo físico sino también en las competencias sociales y cognitivas, la autonomía, la autoestima y la intimidad. Este período también implica grandes riesgos, algunos jóvenes tienen dificultad para manejar muchos cambios simultáneos y



quizás necesiten apoyo para superarlos. Debido a los cambios que experimentan los adolescentes, se produce una cierta desintegración de la personalidad; la conducta se desorganiza, el joven no entiende qué sucede en su interior; se desorienta con respecto a su imagen y concepto de sí mismo y frente a las nuevas exigencias ambientales que enfrenta. Estas circunstancias en que se encuentra el adolescente son una fuente de tensiones y preocupaciones, que a su vez lo llevan a conductas erráticas y desadaptativas: a comprometerse en actividades que espera le den algún asidero frente a una situación equívoca y confusa. (12)

En este sentido, podemos decir que la adolescencia es una etapa potencialmente crítica, porque los sistemas conductuales que lo mantenían tranquilo, seguro y adaptado, ahora ya no sirven o son insuficientes. Pero el grado en que esto afecte la vida personal en forma duradera depende de la personalidad del joven, de las actitudes de las personas significativas de su ambiente y de las circunstancias materiales, sociales y educacionales que configuren su situación personal. (13)

La adolescencia es el período en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno. Puede concluirse, por lo tanto que "el desarrollo adolescente es un proceso de cambios y transformaciones, que permite un enriquecimiento personal y progresivo en una delicada interacción con los entes sociales del entorno; su valoración tiene como referente no sólo la biografía del individuo, sino también la historia y el presente de su sociedad" (14)

La Organización Mundial de la Salud (2002), define adolescencia como la población comprendida entre los 10 y 19 años. La Convención Internacional de los Derechos del Niño, establece como adolescente aquellos que se ubican entre los 12 o 13 años hasta los 18 años. (16)

Se manifiesta por la presencia de dos clases de síntomas: fisiológicos y psicológicos. (20,21)

- a. Síntomas fisiológicos: Desarrollo de la función sexual, cambio del timbre de voz, dureza de los huesos, crecimiento piloso, rápido crecimiento de la talla, maduración del sistema nervioso, gran actividad glandular, aumento de la capacidad pulmonar.
- b. Síntomas psicológicos: Los más importantes son:
 - Ubicación del "yo" en el mundo real
 - Preocupación por el futuro
 - Vida sentimental intensa
 - Conducta retraída
 - Distanciamiento y agresividad hacia el sexo opuesto u ocultamiento de una atracción cada vez más honda y confusa
 - Susceptibilidad y amor propio exagerados
 - Conducta contradictoria e inestable
 - Impulso de realización



- Impulso a la independencia o emancipación de la realidad, sentimientos de valor: justicia, verdad, etc.

El adolescente es muy sensible a la cultura, su desarrollo depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad. Los principales cambios psicológicos propios de esta etapa son cuatro:

- Aumento de la agresividad.
- Aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto.
- Intensificación de la imaginación y la fantasía.
- Intensificación del impulso erótico

Además, el adolescente debe cumplir con ciertas tareas psicológicas o procesos internos, que sólo se traducen en conducta observable al fracasar en su manejo, las tareas de acuerdo con la etapa (temprana, media, tardía) son:

Adolescencia temprana (11-14 años), la aceptación del cuerpo que crece y cambia, con los cambios en la autopercepción de la imagen y la autoestima. Por ejemplo, la menarca a menor edad de inicio implica mayor psicopatología. (16,18,19)

Adolescencia intermedia (14-16 años), la separación psicológica de la familia, para lo cual las relaciones con “el grupo” de coetáneos marcan la pauta en la delimitación de la individualidad del sujeto. Por ejemplo el uso y abuso de drogas y alcohol por “pertenecer” y ser aceptado por sus compañeros. (16,18,19)

Adolescencia tardía (16-18 años), la adquisición de un sentido estable de la identidad, sobre todo en lo que se refiere a la sexualidad y la vocación. Por ejemplo la permanente búsqueda de carrera o la inestabilidad emocional.

Si el desarrollo del adolescente no progresa normalmente, resultarán dificultades en sus relaciones interpersonales familiares, escolares y sociales. (16,18,19)

El concepto de normalidad psicológica en la adolescencia ha sido motivo de controversia. Hemos tendido a destacar los aspectos conflictivos de esta etapa y, si bien es cierto que uno de cada cinco adolescentes desarrolla alguna entidad nosológica diagnosticable desde la psicopatología contemporánea, también lo es que el resto sigue diferentes rutas de desarrollo emocional; se han propuesto tres constelaciones dentro de la “normalidad” (16)

Grupo de crecimiento continuo: Estos adolescentes poseen un ego (yo) fuerte, manejan adecuada mente sus demandas internas y externas y son capaces de posponer gratificaciones. Aceptan las normas culturales predominantes y mantienen relaciones con mutuo respeto y afecto con las generaciones adyacentes. No presentan problemas serios en el manejo de reglas, autoridad, valores, ni conciencia moral, y desarrollan ideales importantes y realistas. Como mecanismos de afrontamiento ante las tensiones externas utilizan preponderantemente la negación y el aislamiento, lo que les permite menguar la intensidad del estímulo. No experimentan periodos prolongados de ansiedad o depresión. Lo más distintivo entre los miembros de este grupo es que se muestran felices con ellos mismos y con su lugar en la vida. (16)



Grupo de crecimiento agitado: Este patrón es el más comúnmente seguido por los adolescentes normales. No manejan tan fácilmente el estrés inesperado como los del grupo anterior. Sus estrategias de afrontamiento son la proyección, el enojo y la depresión. Sus antecedentes ambientales y genéticos no se encuentran tan libres de problemas. Con mayor frecuencia sus familias han sido afectadas por eventos estresantes, tales como separaciones, muertes o enfermedades graves. Las relaciones con sus padres están marcadas por conflictos de opiniones. Son menos introspectivos y menos orientados a la acción que los del primer grupo y típicamente tienden a suprimir o reprimir sus emociones. (16)

Grupo de crecimiento tumultuoso: Aquí se ubican aquellos adolescentes cuyos conflictos internos se manifiestan en problemas de conducta en la escuela y en el hogar. En sus familias hay menos estabilidad que en la de los grupos previos, con problemas conyugales y quizás enfermedades mentales. El separarse de sus familias les genera conflictos. Muchos de ellos son sumamente sensibles e introspectivos, con gran conciencia de sus necesidades emocionales. Emplean demasiada energía para enfrentar los problemas cotidianos y les cuesta mucho tolerar las frustraciones. Dependen más de sus amigos y compañeros, tal vez debido a que reciben menos gratificaciones dentro de su núcleo familiar. Inician su vida sexual frecuentemente antes que los jóvenes de los grupos anteriores. (16)

Ninguno de los tres grupos es superior al otro y la culminación de su proceso no es ni mejor ni peor; hay que recordar todos los factores que inciden, como los ajustes en las relaciones con miembros del sexo opuesto, la orientación ocupacional, el desarrollo de un sistema de valores maduro y eficiente y el relajamiento de las intensas ligas emocionales con los padres, entre otros. (16)

Los criterios de normalidad en la vida del adolescente incluyen, ausencia de psicopatología grave, dominio de las tareas previas del desarrollo, flexibilidad en los afectos y en el manejo de conflictos inevitables, buenas relaciones interpersonales y aceptación de valores y normas sociales. (16)

1.1.1. DIFICULTADES DE LOS ADOLESCENTES EN LAS RELACIONES FAMILIARES

Cuando los hijos llegan a la adolescencia los problemas familiares pueden centrarse en la diferenciación de roles y en asuntos relacionados con la separación. Para los padres puede ser difícil desligarse de los hijos y establecer un nuevo equilibrio en el sistema conyugal. Las dificultades en la relación padres-hijos, pueden ocurrir principalmente alrededor de tres áreas: la autoridad, la sexualidad y los valores. La interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta. Frecuentemente, los padres reaccionan ante sus hijos de manera consistente con los estereotipos que los adolescentes esperan; éstos van de ver al joven como un victimario (poderoso, violento, rudo, sexualmente agresivo) o como una víctima (pasivo, impotente, desprotegido, indefenso, incapaz). Los padres más jóvenes (menores de 38 años) tienden a percibir al adolescente, especialmente si es el primogénito de manera más negativa que los padres de mayor edad. Además, los padres ansiosos tienden a exigir pautas más elevadas para sus hijos. Estos factores promueven las barreras de comunicación e invitan al adolescente a



excluir a los adultos de su mundo volviéndose silenciosos o refugiándose con sus amigos. (18,20)

Los padres con dificultades para disminuir gradualmente su “autoridad paternal” pueden contribuir a un problema de adaptación en el adolescente. Desgraciadamente muchos padres se muestran reticentes a dejar su rol protector y a permitir al adolescente adquirir autonomía por medio de la libertad y la responsabilidad, lo cual se convierte en un campo de conflicto, donde el adolescente se enfrenta de manera desorganizada y en muchas ocasiones autodestructiva a un autoritarismo sin concesiones. Como los padres evaden la confrontación directa, facilitan la expresión afectiva de rebeldía y desacuerdo en el adolescente por medio de conductas que “sí toleran”; por ejemplo, al adolescente que no puede salir con sus amigos a una fiesta, “se le tolera” que escuche la música a todo volumen o que rompa alguna cosa, en su cuarto, porque “así son ellos”. (20).

La pobre habilidad de los padres para manejar la crianza en esta etapa al parecer se relaciona con un ambiente adulto que se muestra indiferente o/y hostil a las necesidades del adolescente. Dentro de esta atmósfera, los jóvenes muestran un mayor deseo de escapar o agredir y un mayor rechazo a los valores de los padres, como el rendimiento escolar y un descuido de los atributos personales esperados para ellos. Lo anterior provoca un mayor enojo y hostilidad en los padres, que empeora aún más la situación. En contraste, los padres que manejan adecuadamente la relación se caracterizan por mantener una comunicación directa y honesta, el interés franco por ayudar a resolver problemas, y el deseo de mantener un contacto emocional cercano; los adolescentes en este medio familiar son respetados en espacio, tiempo y privacidad y en los intereses que persiguen. (21)

Los adolescentes de manera abierta o encubierta utilizan las conductas de rebelión para: 1) probar los límites, 2) buscar autonomía y capacidad, 3) separarse de los parámetros y estándares parentales y 4) desarrollar un sistema de valores independiente. Según Erikson, el adolescente desarrolla su propia identidad por medio de asimilar sus experiencias pasadas y aplicarlas a las situaciones nuevas. Este autor considera que las oscilaciones en el afecto, las conductas impulsivas y la “marginación” social son el resultado de la dispersión del rol que acompaña esta forma de “probar” el mundo. A diferencia del adulto, el adolescente debe involucrarse en estos “excesos” porque no posee otro mecanismo para asimilarlos del exterior y ponerlos en orden. (22)

Algunos adolescentes permanecen relativamente libres de afecto negativo y rebeldía sin efectos nocivos. El nivel de afecto negativo y rebeldía es más una medida del monto de fuerza que se requiere para superar por parte del adolescente los lazos que le atan a sus padres y separarse de ellos, que una verdadera hostilidad para con sus progenitores. El joven busca la individuación; sin embargo, sus recursos son limitados y en un proceso sin comunicación salen lastimados.

La rebeldía también puede manifestarse en la escuela al desobedecer reglas o disminuir el rendimiento escolar; sin embargo, el ambiente escolar en la secundaria cambia mucho y las exigencias de la preparatoria son aún mayores. Esto provoca confusión y miedo en el adolescente que percibe el aumento de demandas sobre de él, si a



ello le agregamos que el grupo de coetáneos le puede rechazar sólo por ser diferente. El conflicto de los padres con el adolescente por lo regular se desarrolla cuando el adolescente luce “desmotivado” o preocupado más por los aspectos sociales que por los académicos, por eso es de capital importancia determinar adecuadamente la naturaleza de la problemática escolar, que suele ser un punto de fricción frecuente. (20)

La adolescencia es un periodo de exploración de la sexualidad recientemente descubierta, por lo que son comunes los conflictos acerca de los valores sexuales y su expresión. Existe una clara y franca dificultad de los padres para discutir abierta y francamente las cuestiones sexuales, los padres temen una confrontación negativa con sus hijos; como resultado, muchos adolescentes desconocen las actitudes de sus padres hacia los asuntos sexuales. La comunicación juega un papel primordial, y una buena relación entre padres e hijos se ve coronada por una acertada toma de decisiones en lo que respecta a los tópicos sexuales. En este aspecto, la información no basta; es indispensable la cercanía emocional y sobre todo la libertad para que se desarrolle la confianza. (23)

1.2. LA FAMILIA

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. En ella, el ser humano nace, crece y se desarrolla. Lo ideal es que en este ambiente natural, sus miembros mantengan relaciones interpersonales estables compartiendo y satisfaciendo sus necesidades básicas. Estas relaciones interpersonales deben ser íntimas, afectuosas, respetuosas, cuando las condiciones de vida permitan a sus miembros desarrollarse como personas autónomas y sociales a la vez. (24)

DEFINICIONES:

La familia puede ser definida de diversas maneras, dependiendo ésta del enfoque y el contexto en la que se analice, sea en lo social, antropológico, psicológico, jurídico, etc. Por ejemplo, para un analista social o sociólogo, la familia será la forma básica de organización sobre la que se estructura una sociedad, la familia será entendida como el soporte de la dinámica social. Mientras que para un antropólogo, la familia será un hecho social total, es decir, el microcosmos de una estructura social vigente, donde la función básica será la de cooperación económica, socialización, educación, reproducción y de relaciones sexuales. La familia, para el análisis jurídico será un conjunto de personas con vínculos de derecho interdependientes y recíprocos emergentes de la unión sexual y de la procreación, mientras que la Psicología entenderá por FAMILIA, a la célula básica de desarrollo y experiencia unidas por razones biológicas, psicológicas y socioeconómicas; para un economista, la familia significará unidad básica de producción y generación de riqueza de la sociedad. (25,26)

Para la presente investigación y siguiendo la interpretación previa, tomaremos el punto de vista psicosocial, concluyendo y considerando a la Familia como la célula básica e incluyendo a sus aspectos de funcionamiento familiar.

1.2.1. FUNCIONES DE LA FAMILIA:

Se le asignan las siguientes: (27)

Función Reproductora.- Entre las funciones más cotidianas que le corresponde cumplir a la familia están la reproducción cotidiana y la reproducción generacional de los miembros de la familia. La primera se refiere a los procesos (alimentación, salud, descanso, etc.), por los cuales todos los individuos reponen diariamente su existencia y capacidad de trabajo. La reproducción generacional incluye procesos tales como nacimiento, socialización y educación, mediante los cuales las sociedades reponen a su población. Con esta función queda en evidencia la naturaleza cíclica de la institución que enfatiza su papel central en el reemplazo generacional.

Función Materna.- Son las conductas nutricias, que garantizan la sobrevivencia biológica del crío, en la que está implícita un clima de afecto corporal aceptado para desarrollar la confianza básica.

Función Paterna.- Referida a la formación de valores, condiciones para que los hijos asuman un rol de ser amados y valorados y a través del cual se conecten con la realidad, canalizando su accionar hacia la construcción y el altruismo.

Función Filial.- Conecta a la familia con el futuro. Cuestiona lo establecido. Nace el desprendimiento, y el nuevo núcleo.

1.2.2. ESTRUCTURA DE UNA FAMILIA

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad. (28)

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica. En un intento de ahondar en estas interacciones especificaremos algunos parámetros: (27,28)

Jerarquía: Son los niveles de autoridad que se establecen dentro del sistema, que varían de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, el orden de nacimiento, etcétera. Cada individuo pertenece a varios subsistemas y en ellos adopta diversos niveles de autoridad (por ejemplo, el subsistema madre hijo, la madre es la mayor jerarquía, esto cambia cuando está el padre). La adecuada distribución de la autoridad requiere de su correcta definición para cada contexto de la vida familiar, esto es reglas y autoridades claras y predecibles. En el caso de los hijos adolescentes es normal que traten de intervenir en las decisiones que les atañen (permisos, dinero, uso del coche, etcétera) ya que se encuentran en proceso de adquirir mayor autonomía; y si los padres son autoritarios, no estarán en disposición para negociar con sus hijos, desencadenando conflictos que afectarán todo el sistema. En el desempeño de las funciones parentales se requiere el uso de cierta autoridad racional (¿lo que estoy solicitando yo lo aceptaría en una situación análoga?), a pesar de lo deseable de la democracia no existe autoridad sin líderes.

Alianzas: Se denominan así las asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más integrantes de la familia; las más apropiadas son las que incluyen miembros de la misma generación o del mismo género. Cuando las alianzas son inadecuadas se llaman

coaliciones. Los conflictos conyugales pueden invadir a los hijos y generarlas. Los tipos de acuerdo con S. Minuchin son: 1) *triangulación*, cada progenitor busca la alianza del hijo y lucha por ella, lo cual genera conflictos de lealtad en el adolescente y luchas intensas de poder; 2) *coalición estable*, el hijo está aliado con uno de los padres; hay dos variantes, en la primera el padre excluido continúa luchando por el apoyo del hijo, en la segunda se resigna; 3) *desviación de ataque*, el conflicto conyugal no resuelto se desvía en forma de agresiones al hijo, quien es definido como el adolescente problemático (chivo expiatorio); y 4) *desviación de apoyo*, los padres intentan disminuir el estrés de su pobre relación de pareja y se “vuelcan” sobre el hijo que se convierte en motivo de unión (continuamos por él).

Límites: Hacen alusión a los aspectos de cercanía/distancia entre las personas o los subsistemas. Son fronteras, membranas imaginarias que regulan el contacto que se establece con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etcétera. Su función consiste en marcar una diferenciación y su clara definición es fundamental. En ocasiones, los límites individuales son difusos, la distancia psicológica entre los miembros escasa, frecuentemente unos responden por otros y se diría que forman una masa amorfa; este tipo de relación amalgamada genera problemas y el adolescente se siente ahogado, culpable, y no sale de su entorno familiar; en otras, los límites son tan marcados o rígidos que anulan la comunicación y forman relaciones desvinculadas, que mantienen al adolescente aislado. Ambos tipos de relación pueden existir en la misma familia.

Roles: Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia, equivalen a lo que se espera que haga un individuo en determinado contexto. Para que el sistema familiar funcione se requiere que sean lo suficientemente complementarios, deben ser aceptados y actuados en común acuerdo, lo cual se da si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y existe concordancia sobre lo que se espera de él. Dentro de la etapa de la adolescencia existe una constante redefinición de roles, que si no se elabora de manera conjunta puede generar muchos problemas. (por ejemplo, del niño al adulto, del obediente al rebelde, etcétera)

Redes de apoyo: La función básica de las redes de apoyo extrafamiliares consiste en las acciones de solidaridad que faciliten el cuidado y crianza de los hijos y compensen las deficiencias del sistema familiar. Están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que puedan proporcionar ayuda. Dentro de nuestra sociedad trasciende su importancia en las familias pobres, donde las carencias se compensan mediante el intercambio recíproco de bienes, servicios y apoyo moral.

Comunicación: Para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida de la familia, se requiere de la comprensión mutua; esto quiere decir que los mensajes intercambiados sean claros, directos y suficientes y que los receptores estén en disposición y apertura para evitar distorsiones. La comunicación es elemento indispensable para identificar y resolver los problemas, desafortunadamente durante la adolescencia se ve sumamente afectada.

Flexibilidad: Se encuentra íntimamente relacionada con la anterior y permea todas las facetas de la estructura familiar. Se requiere flexibilidad para respetar las diferencias individuales y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas de cambio, tanto las internas (las propias del desarrollo y otras como enfermedades, muerte de algún miembro, etcétera) como las externas que se originan en modificaciones ambientales.



Cuando el grado de flexibilidad es adecuado, la familia cuenta con un repertorio conductual suficiente para emplearlo en la solución de sus problemas. En caso opuesto, las demandas en cambio generan estrés, descompensación y formación de síntomas (problemas).

Los factores familiares considerados de riesgo para la salud mental del adolescente incluyen:(29)

- Familias extremadamente rígidas con límites impermeables.
- Enfermedad crónica en algún miembro del sistema.
- Divorcio o discordia conyugal entre los padres.
- Padres con psicopatología.
- Hermanos con actividades antisociales (sociopáticas).

La visión que los adolescentes guardan de sí mismos está ligada a la que tienen de sus familias. Si la familia es percibida como una entidad positiva, se benefician de sentirse miembros de ella; en caso opuesto tienden a verse de manera negativa y con menor control sobre ellos mismos. Las diferencias propias de cada clase social y el contexto cultural son fundamentales dentro de la vida del adolescente. En gran medida, la capacidad para enfrentar las demandas y adaptarse a la vida se basa en los fundamentos psicológicos de las experiencias familiares tempranas. (29,30)

En el contexto del adolescente, el grupo familiar entra en competencia con el grupo coetáneo, de donde obtiene pautas sobre valores, sexualidad, vestimenta, estilo de vida, política, diversiones y perspectivas de futuro. El joven demanda cada vez más de sus padres y los temas de autonomía y control deben renegociarse en todos los niveles. Además, el contexto del núcleo familiar puede verse presionado por otra fuente de conflicto, los abuelos; éstos pueden imbuirse en la dinámica de los padres del adolescente por enfermedad o muerte y ser un elemento de estrés para los padres y el sistema que debe reorganizarse. (30)

1.2.3. LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO HUMANO

Un factor importante y determinante en la formación y desarrollo del ser humano es precisamente LA FAMILIA, siendo causales, los padres ya sea por desconocimiento de la evolución del niño, la incomprensión de las necesidades de su desarrollo, la desintegración familiar, familias incompletas, padres separados, etc. generando problemas en el menor a través de mecanismos diferentes, produciéndole conciencia de inferioridad social, timidez, inseguridad afectiva, etc. en la que sin duda las dificultades económicas de la familia obligan con frecuencia, al menor a trabajar, especialmente en las familias populares, ocasionándole estados de fatiga que agregados a la nutrición deficiente, influyen en su desarrollo y en sus estados anímicos, intelectuales y de aprendizaje.

La familia es importante, porque constituye la forma más elemental y primitiva de comunidad o agrupación humana, entendida como la "Célula Social". En sentido estricto, la familia es el grupo social formado por padres e hijos y comprende las relaciones que se dan entre ellos. Su base es el amor como sentimiento que se eleva



sobre la atracción mutua de carácter sexual, cimentando así sobre bases firmes la unión de los cónyuges.

La formación y condiciones de desarrollo de la prole, depende de muchos factores, de la aplicación de métodos educativos adecuados y más importante aún resulta la organización de la propia familia, la estructura; ya que constituye una de las principales agencias de socialización del niño.

Esta unidad nuclear llamada "familia" es el ente transmisor de educación informal y de influencias directas sobre el niño, pudiendo ser esta formadora o deformadora. El niño forma su personalidad y sus valores en función a los modelos y normas de vida que recibe del núcleo familiar, concretamente de los padres de familia o de la persona mayor que cuida del niño. (30,31)

1.2.4. CAPACIDADES DEL CARÁCTER (ETAPAS DEL CICLO VITAL INDIVIDUAL)

La familia, es muy importante en el desarrollo de los niños que los conforman. Así, la pareja humana conformada, al procrear y luego proteger a su prole, le transmite capacidades vitales para su adecuado desarrollo. (30)

Las etapas del ciclo vital, que toman como eje de comprensión el concepto de identidad, son ocho etapas, durante las cuales la identidad se va conformando epigenéticamente en relación con las experiencias vitales del individuo y va proporcionando, a su vez, la base para nuevos desarrollos de la personalidad. (32)

1. **Confianza Básica.**- Es la capacidad que tienen las personas para confiar en sí mismos y eventualmente en los demás. Cuando esta capacidad es deficiente, la persona es pesimista, dependiente, suspicaz, depresivo, etc. La confianza básica está ligada a la aceptación materna, para esto es importante las verbalizaciones que se emite desde cuando el niño está en gestación.
2. **Autonomía.**- Alto grado de control de impulsos. Emerge en la infancia, por presencia de buenas relaciones padre-hijo, la autonomía estará bien desarrollada y el hijo será firme, autosuficiente, afectuoso y respetará a los demás. Cuando hay deficiencia en la autonomía la persona es dependiente.
3. **Iniciativa.**- Capacidad para canalizar la energía personal, hacer cosas productivas, nuevas. Es una disposición a actuar constructivamente. Surge en etapa del juego libre, se forma jugando.
4. **Laboriosidad.**- Lo ideal es que la persona finalice lo que inicia, haciéndolo bien. También implica el cuidado de nuestra propia salud, promoción de trabajo, comunicación adecuada, distribución del tiempo-energía. Ligado a experiencias familiares-educativas exitosas. La deficiencia se observará en personas incumplidas y poco confiables.
5. **Identidad.**- Es la capacidad de ser uno mismo. Surge en los primeros años de la niñez y se consolida en la adolescencia. Esta identidad se ve afectada por hechos incoherentes (entre lo que se dice y hace) de los modelos familiares, por ejemplo, la hipocresía.
6. **Compromiso.**- Se forma en la vida, organizar la vida para dar a los demás, siendo modelo. Cumpliendo constantemente lo prometido. Su deficiencia acarrea actitud irresponsable, incoherencia entre lo que hace y se dice.



7. **Generatividad.**- Es el elemento fundamental de cambio, y consiste en asimilar conocimientos, organizar la propia vida y proyectarse en el futuro. Es el sello distintivo para personas adultas. Su deficiencia se ve en actitudes egoístas. Su fortaleza se ve en conductas de altruismo. Capacidad de dar, de comprender.
8. **Trascendencia.**- Es la capacidad para vencer los obstáculos, esforzándose y luchando por objetivos de vida. Pueden haber dos opciones, evadir o enfrentarlo siendo lo ideal el enfrentarlo. Se aprende en toda la vida. No todo obstáculo puede ser vencido. Su deficiencia da una conducta regresiva, inmadura. (33,34)

1.2.5. LA FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA FAMILIA FUNCIONAL

La familia está considerada como un grupo de pertenencia, primario, nexados mediante vínculos consanguíneos, donde se establecen una serie de lazos afectivos y sentimientos. Se forjan expectativas y se aprenden y afianzan valores, creencias y costumbres. En ella se inicia y desarrolla desde temprana edad primer proceso de socialización que va a facilitar en las siguientes etapas de su evolución psicobiológica la adquisición de una serie de conductas que le van a servir en posteriores estadios de su existencia. Las conductas que se aprenden en el proceso de socialización temprano, dentro de la familia son denominadas conductas precurrentes, es decir, comportamientos que servirán de fundamento y en base a ellas se van a insertar los repertorios de conductas más complejas que van a ir incorporando en sus ulteriores procesos de socialización y en las diversas áreas que le brinda su entorno, los cuales a la vez serán aplicables en etapas más avanzadas de su vida. De los sucesos que puedan ocurrir en esta etapa temprana dentro de la familia, (relaciones y tipo de ellas con los padres y membresía familiar; calidad y modalidad de estimulaciones senso/perceptivas, enfoques e interpretaciones de su realidad inmediata, etc.), el niño va a moldear e incorporar diversos sistemas de comportamientos, sentimientos, ideas y creencias, y a establecer diferentes modalidades de reaccionar conductual y fisiológicamente ante los eventos de su entorno. (Vacca R. 1997). (35)

DEFINICIÓN DE LA FAMILIA DISFUNCIONAL:

«Un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas» (Vargas JC y Vacca R, 1998) (35,36)

- Se define como un **PATRON** por que es un conjunto de características que se presenta de forma constante.
- Son **CONDUCTAS DESADAPTATIVAS** por ser incompatibles con el propio contexto cultural de la familia.
- **INDETERMINADAS**, por cuanto dichas características no pueden ser claramente identificadas o la importancia clínica para cada integrante o para la totalidad de la familia es relativo, recayendo en cada uno de ellos con desigual cuantía.

- Son **INDETERMINADAS** por que no puede determinarse cual característica se constituyó como factor relevante para el surgimiento de la disfunción y por ende de la patología en su membrecía.
- Es **PERMANENTE** por cuanto su presencia es constante y de larga data en la historia familiar. Hay que considerar sin embargo que las alteraciones, crisis, problemas y conflictos que puede vivir una familia, no la convierten en disfuncional por cuanto estos son los acontecimientos transitorios, naturales o accidentales que suelen vivir el común de los grupos familiares en ciertos momentos de su historia los cuales una vez transcurridos y movilizados los recursos recobran su homeostásis y armonía sin haber ingresado en ningún momento en la categoría de disfuncionalidad Familiar.
- Dichas características **PUEDEN PRESENTARLAS UNO O VARIOS DE LOS INTEGRANTES**. El que la presente un solo miembro de la familia no debe de ser considerado como menos grave, dado que éste puede presentar conductas desadaptativas, trastorno de personalidad o detentar una significativa ascendencia e influencia ante sus integrantes que su sola presencia basta para cumplir con las exigencias para calificarla como disfuncional.
- Estos requieren necesariamente **ESTAR EN RELACIÓN DIRECTA CON LOS DEMAS MIEMBROS** para que se genere una dinámica anómala.
- Dicha relación, propiciará un **CLIMA PSICOLÓGICO o PSICOPATOLÓGICO** que los afecte de manera específica o inespecífica. (35,36)

DIFERENCIACIÓN ENTRE FAMILIA FUNCIONAL Y FAMILIA DISFUNCIONAL:

Familia funcional:

- Las relaciones familiares, están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros. Se muestran satisfechos de estar juntos pero reconocen que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales por lo que precisan de cierto grado de privacidad.
- No existen coaliciones internas ni competencias entre ellas.
- Los límites de la familia son claros y todos la ven como una unidad.
- Es una estructura de negociación para arreglar conflictos y hay una comunicación clara que permite la espontaneidad.
- Existe empatía.
- Hay apoyo emocional. (36)

Familia disfuncional:

- Líneas intergeneracionales borrosas.
- No existe actitud negociadora.
- Poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás.
- Límites de la familia imprecisos.
- Pautas de interacción fijas y rígidas.
- Las funciones de los miembros no están claras ni limitadas. (36)

La disfuncionalidad familiar así conceptualizada puede ocasionar de manera genérica el siguiente tipo de familias:



CLASIFICACIÓN GENÉRICA DE LAS FAMILIAS DISFUNCIONALES:

- a. Familias disfuncionales neurotígenicas: generan comportamientos neuriformes o neuróticos en su membresía. Ante la prueba del inventario de personalidad de Eysenck y Eysenck, puntúa más de 11, sobre una escala de 24 puntos en el eje de neuroticismo / estabilidad.
- b. Familias disfuncionales psicotígenicas: generan en su clima trastornos mentales mediante elementos afines como la comunicación de doble vínculo, dispersión de su membresía y firalidad en los afectos.
- c. Familias disfuncionales psicopatogénicas: propician en su atmósfera los elementos compatibles con casos de conductas disruptivas: disocialidad, trastornos negativistas desafiantes y psicopatías. En estas familias solemos también encontrar los factores predictores de esta patología al hallar antecedentes en su membresía compatibles con cuadros de antisocialidad.
- d. Familias disfuncionales adictógenas: condicionan en su clima casos de adicciones en sus diversas modalidades y hacia diversos elementos sujetos de adicción. (35,36)

Teniendo en cuenta que nuestra investigación está relacionada con uso de sustancias psicoactivas, haremos incapie en lo que hace referencia a la familia disfuncional adictogena.

Hay que recordar sin embargo que en una familia disfuncional neurotígenica pueden surgir uno o varios adictos a sustancias químicas, como también en una familia disfuncional adictogénica pueden surgir neuróticos. Lo importante para que una familia se constituya como disfuncional es que uno o varios de sus integrantes presenten un patrón de conductas inadaptables indeterminadas de manera constante y que mediante una relación directa afecte a los demás miembros generando una atmósfera no saludable propicia para la aparición de patologías no específicas. Posteriormente en su clima se van a ir perfilando y acentuando una serie de elementos que condicionarán patologías específicas de tal manera que un profesional en este campo mediante el estudio de la atmósfera familiar puede elaborar pronósticos referente a la aparición de tal o cual patología entre sus integrantes o en su defecto explicarse la etiología de ellas. (37, 38)

FAMILIA DISFUNCIONAL ADICTOGENA

Cuando existe una familia disfuncional-adictogénica, significa que cualquier tipo de adicción puede surgir entre sus integrantes. La sumatoria de la familia disfuncional-adictogénica como factor de riesgo y el factor predictor específico o inespecífico hacen que inevitablemente se constituya determinado tipo de adicción, por lo tanto debido a estos dos elementos podemos encontrar en el campo de las adicciones dos modalidades de presentarse las adictogenia en la disfuncionabilidad familiar, de la siguiente manera:

TIPOS DE FAMILIAS DISFUNCIONALES ADICTOGENICAS

- a. Familias disfuncionales adictogénicas prodrugadependientes, es decir que promueven la aparición de casos de adicciones a sustancias químicas
- b. Familias disfuncionales adictogénicas pro/adicciones atípicas, es decir que promueven el brote de casos de adicciones atípicas o adicciones no convencionales, entre sus integrantes



En lo que concierne a las familias disfuncionales que promueven el consumo de sustancias químicas, puede tratarse de productos químicos que están fuera de la ley o sustancias legales de la siguiente manera: (35,39)

TIPOS DE FAMILIAS DISFUNCIONALES ADICTOGÉNICAS PRODROGADEPENDIENTES

- a. Familias disfuncionales adictogénicas que promueven el consumo o adicciones a sustancias químicas legales, alcohol, tabaco, medicamentos, azúcares.
- b. Familias disfuncionales adictogénicas que promueven el consumo o adicciones a sustancias químicas ilegales, como marihuana, cocaína. (35,39)

Las familias referidas en el literal a: son aquellos grupos familiares tendenciosos a la utilización de sustancias de tipo medicamentoso a las cuales también se les denomina familias «cripto-farmacodependientes», (Chavalli, 1991). Una de las características en este tipo de familias es que sus botiquines familiares están atiborrados de medicamentos y sustancias afines, desarrollando los progenitores en relación con los hijos la autoprescripción y autoadministración de medicamentos sin consultar al especialista. Así mismo están en una constante ingesta de píldoras o infusiones con el objetivo que «mejore el funcionamiento» de su organismo. Esto condiciona a que el niño o el adolescente no aprenda a movilizar sus recursos para abordar o manejar adecuadamente los problemas que suelen suceder en la vida diaria tornándolos dependientes de sustancias farmacológicas.

La baja tolerancia al dolor físico o psicológico, la incapacidad para controlar los periodos de insomnio, depresión, manejar la ansiedad son en estas familias consecuencia de esta habituación. También esta considerado en este rubro a las familias que tienen por hábito el consumo del alcohol o tabaco promoviendo el abuso o adicciones a este tipo de drogas legales. (39,40)

El otro grupo está referido a las familias disfuncionales-adictogénicas, cuyas conductas de parte de los padres o familiares mayores promueven en los hijos menores o demás miembros consumo o adicciones a sustancias químicas ilegales (cocaínicos, opiáceos, cannabinoles, etc.). Las opiniones que tienen los miembros de estas familias hacia las drogas, consumo y tráfico de éstas, es blando permisivo y poco crítico e inclusive alguno de ellos puede ser consumidor activo de alguna sustancia psicoactiva, de esta composición. (39,40)

1.2.6. FAMILIA DISFUNCIONAL Y ADOLESCENCIA

El entorno familiar del adolescente es de mucha importancia. Como resultado de un sinnúmero de causas-efectos surgieron familias disfuncionales, cuyos integrantes no sólo viven un trastocamiento de valores, sino tienen dificultad de asumir la autocrítica. En este tipo de familias, es muy difícil asumir los roles, es más, muchas veces ellos se invierten. La familia carece de un perfil propio frente al medio social y termina mimetizándose con él. Un adolescente incluido en una familia con estas características puede tener sentimientos de culpa y preocupaciones frente a sí mismo y hacia los demás.

Estas estructuras familiares vulnerables tienen efectos graves en los primeros años de edad, pero son más evidentes en la adolescencia, ya que es el segmento de la vida



donde seguramente se ha de formar la personalidad de un individuo. No es de extrañar que en una personalidad pre-adictiva un adolescente busque “huir” de este estado de crisis familiar apelando al efímero placer que puede dar una droga. (40,41)

A esto hay que sumarle las características propias del adolescente: en muchos casos puede existir una desidealización del padre y de la madre, a partir de la cual los hijos dejan de sentir esa protección que representaban sus padres en los primeros años de edad.

A la vez que ocurre esta situación, es común que aparezcan grandes contradicciones en los adolescentes: puede ser que tomen distancia de los objetos de su niñez relacionados con sus afectos y a la vez tengan nostalgia de ellos. Estos sentimientos contradictorios les pueden provocar angustia y temor, por lo que buscarán protección y fortaleza en líderes o ídolos que satisfagan estas necesidades, incluyéndose en estos grupos de adolescentes, conocidos como “grupos de pertenencia”. A veces el “azar” determina el final de este derrotero, ya que el modelo a seguir es el que está instalado en los códigos de dichos grupos, donde la idealización o la necesidad de imitación, puede llevar al adolescente a iniciarse en alguna adicción.

Hay que admitir también que es en la adolescencia, cuando las emociones y riesgos son más buscados porque se cree que da solidez a la propia existencia. Cuando esta búsqueda se intenta en un marco de normalidad resulta positiva para el desarrollo de la personalidad. Pero lamentablemente, en otros casos, esa necesidad del vértigo, los riesgos y las emociones los adolescentes pueden encontrarla en el consumo de la droga.

El consumo de alcohol y tabaco tienen una aceptación social y forman parte integral y crucial de la secuencia adictiva. Muchas veces su uso precede al de las drogas ilegales, independientemente de la edad en que se inicie el consumo estas últimas. Las primeras sustancias que los jóvenes suelen experimentar son alcohol y tabaco (cerveza, vino y cigarrillos). Con el correr de los años cambian las bebidas blancas y/o por el consumo marihuana y algún tipo de psicofármacos. (40,41)

1.3. APGAR FAMILIAR

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein (1978) para explorar la funcionalidad familiar, consta de cinco ítems que recogen la percepción de disfunción familiar por el sujeto que contesta, mediante cinco variables relacionadas con el funcionamiento familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve).

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACES III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación.

El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. Para establecer los parámetros por los cuales la salud

funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Vamos a definirlos:

ADAPTABILIDAD (Adaptability), mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

PARTICIPACIÓN (Partnership), mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

GRADIENTE DE CRECIMIENTO (Growth), mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

AFECTO (Affection), mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

RESOLUCIÓN (Resolve), mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. (Cuestionario I). Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad: En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84)².

Validez: En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el método llamado *Pless-Satterwhite Family Function Index*. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar). (2)

APLICACIÓN

Escala de 10 puntos



	Nunca	Algunas veces	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problem y/o necesidad			
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor			
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero			

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2. 0: "nunca" 1: "a veces" 2: "siempre". Si es igual o superior a 7 se considera una familia normofuncionante, entre 4 y 6 disfunción familiar leve y si es igual o inferior a 3 se clasifica como disfunción familiar grave. (68,69)

2. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El consumo de sustancias psicoactivas en las últimas décadas, ha alcanzado las características de una verdadera pandemia entre la población adolescente. Este incremento del uso inmoderado de psicoactivos ilícitos y alcohol a escala mundial, entre los jóvenes, se ha transformado en un tema de preocupación tanto para las instituciones de educación como las de salud y seguridad pública. (42)

Para nadie es una sorpresa decir que el consumo de sustancias psicoactivas tiene un amplio número de efectos sobre diferentes aspectos de la vida humana: la economía, la salud, el medio ambiente, la sociedad como un todo, lo jurídico, lo académico, para mencionar solo algunos. Todos estos aspectos han sido objeto de interés y de estudio en diferentes partes del mundo, incluido Ecuador.

Como bien se sabe el consumo problemático de drogas genera un sinnúmero de implicaciones negativas sobre la salud física y mental de las personas. La probabilidad o riesgo de muerte es una de ellas.

Varios autores afirman de forma conjunta que el consumo de sustancias como alcohol, cocaína, marihuana, tabaco, heroína entre otras, afectan de forma significativa órganos y sistemas ocasionando isquemias o daños estructurales importantes. Algunas de las enfermedades más comunes son SIDA, Hepatitis C, infarto agudo de miocardio, cáncer y cirrosis. Esto junto con los comportamientos de riesgo (práctica sexual irresponsable, accidentalidad, conducta delictiva, suicidio, violencia intrafamiliar)



asociados al consumo crónico de sustancias, pueden causar la muerte o la aparición de otro tipo de enfermedades. (43)

ASPECTOS GENERALES

Sustancia Psicoactiva

Es toda sustancia química de origen natural o sintético que afecta las funciones de los organismos vivos. Los fármacos que afectan específicamente las funciones del Sistema Nervioso Central (SNC), se denominan **psicoactivos**. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

La estructura química de las sustancias psicoactivas es muy similar a la de ciertos neurotransmisores u hormonas del SNC, por lo que pueden alterar temporalmente el funcionamiento habitual del organismo humano actuando como agonistas o antagonistas de los receptores celulares. (44)

Consumo

El consumo de sustancias es la ingestión de sustancias psicoactivas en cantidades moderadas que no interfieren de manera significativa en el funcionamiento social, educativo u ocupacional; fumarse un cigarrillo y tomarse una copa con un amigo, a fin de relajarse, son ejemplos de consumo de sustancias.

Intoxicación

Nuestra reacción fisiológica a la ingestión de sustancias se conoce como intoxicación por sustancias. Que una persona se intoxique depende de la sustancia que ingiera, la cantidad que consuma y la reacción biológica personal del individuo (45)

Abuso

Resulta problemático definir el abuso de sustancias por la cantidad que se ingiere de ellas por lo que el abuso de sustancias se define según la interferencia significativa de las sustancias en la vida del que las consume. Si estas trastornan la educación, el trabajo o las relaciones del individuo con los demás y le ponen en situaciones de peligro físico y si tiene problemas legales relacionados, entonces se le consideraría como alguien que abusa de sustancias.

Adicción

Concepto sin definición universalmente aceptada, se utiliza aquí para referirse a un estilo de vida caracterizado por el consumo compulsivo y el interés excesivo por una droga. La adicción puede darse sin dependencia física, pero siempre conlleva un riesgo de lesiones y la necesidad de frenar su consumo, sea con la comprensión y conformidad del adicto o sin ellas. (44)

2.1. DROGODEPENDENCIAS

Según la OMS: El estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso



irreprimible a tomar el fármaco (droga) en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

Según el DSM – IV: La dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. (47)

Para un mejor estudio es necesario hacer la siguiente diferencia:

Dependencia Física

Presencia de un estado fisiológico alterado que se manifiesta cuando se suprime bruscamente el consumo de la droga, pudiendo aparecer intensos trastornos físicos, como el llamado síndrome de abstinencia agudo, y que desaparecen cuando se reanuda el consumo de la misma. Se usa frecuentemente como sinónimo de adicción.

Dependencia Psíquica

Necesidad irreprimible de buscar, obtener y reiniciar el consumo de la sustancia de forma regular o continuada para producir placer o evitar el malestar, a pesar de los costes personales que ello conlleve. Se utiliza como sinónimo de hábito, es decir, conducta repetitiva motivada en un principio por la falta de sustancia en el cuerpo y posteriormente por la exposición a estímulos y conductas que recuerdan el consumo. (46)

Dependencia Social

Necesidad de consumir como manifestación de pertenencia a un grupo social que proporciona signos de identidad claros.

Síndrome de Abstinencia

Conjunto de síntomas y signos desagradables de carácter físico y psicológico que aparecen cuando, de forma brusca, se deja de consumir la droga que se tomaba habitualmente y de la que se es dependiente.

Es específico de cada droga y expresa un cuadro de carácter contrario al producido por la droga. El síndrome de abstinencia producido por la heroína es el más evidente y característico, aunque es, sin embargo, el producido por el alcohol el que reviste más gravedad, ya que suele requerir hospitalización y es el que provoca más muertes.

Tolerancia

Necesidad de aumentar la dosis para poder conseguir efectos similares, debido a un proceso de adaptación del organismo al consumo habitual de la droga. Esta tolerancia no es ilimitada (para algunas drogas hay dosis mortales), ni igual para las diferentes sustancias o individuos. (48)

2.2. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DEPENDENCIA

Según el DSM-IV:

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

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

(a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

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

(a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia

(b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

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

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

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

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

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Criterios para el abuso de sustancias

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



1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Criterios para la abstinencia de sustancias

- A.** Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B.** El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. (56)

2.3. CLASIFICACION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

De las diferentes clasificaciones existentes, destacamos la clasificación de las sustancias según los efectos que producen sobre el sistema nervioso central (SNC).

- Depresoras del Sistema Nervioso Central

Sustancias que enlentecen el funcionamiento del sistema nervioso central. En general son calmantes del dolor, disminuyen los reflejos, producen sueño, y, en dosis altas, el coma e incluso la muerte. (49)

Las más importantes de este grupo son:

- Alcohol.
- Ansiolíticos o tranquilizantes (valium, tranxilium...).
- Hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos): inductores del sueño.
- Opiáceos (opio y derivados: heroína, morfina, metadona).



- Estimulantes de la actividad del Sistema Nervioso Central

Sustancias que aceleran el funcionamiento del cerebro, entre las que podemos destacar:

Estimulantes mayores:

- Anfetaminas.
- Cocaína.

Estimulantes menores:

- Nicotina.
- Xantinas (cafeína, teína...)

- Sustancias psicodélicas (psicodislépticas o alucinógenos)

Sustancias que distorsionan la percepción. Sus efectos varían ampliamente y pueden ser impredecibles:

- Alucinógenos: LSD, mescalina...
- Derivados del cannabis: (hachís, marihuana).
- Disolventes y sustancias volátiles (acetato, benceno, cetonas, éter...).
- Drogas de síntesis (MDMA o éxtasis, ketamina, GHB). (48)

2.4. TIPOS DE CONSUMO

- Consumo experimental: consumo fortuito durante un periodo de tiempo muy limitado. La droga se puede probar una vez o incluso varias, pero ya no se vuelve a consumir. Es un patrón inicial y común a todas las drogas.
- Consumo ocasional: consumo intermitente. En este caso la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y dónde quiere usarla. Si esta circunstancia se da con frecuencia, aumenta el peligro de desarrollar una drogodependencia. En esta categoría podrían incluirse los consumos abusivos de determinadas sustancias (alcohol, drogas de síntesis...) centrados en los fines de semana.
- Consumo habitual: consumo diario. En algunos casos puede darse con un doble propósito, aliviar el malestar psicoorgánico que la persona padece (dependencia física y/o psicológica) y mantener un rendimiento (caso de los consumidores diarios de cocaína). Existen otras alteraciones menores del comportamiento. Este tipo de consumo puede producir en el consumidor la necesidad de dedicar gran parte de su tiempo a pensar en la droga y buscarla.
- Compulsivo: consumo muy intenso, varias veces al día. El consumidor tiene una incapacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria. Su vida gira en torno al consumo de la sustancia, apareciendo síntomas claros de abstinencia que desaparecen al dejar de consumir.
- La sobredosis es un cuadro de intoxicación aguda producido por el consumo de una dosis superior a la tolerada habitualmente. La importancia de la sobredosis



radica tanto en los efectos imprevisibles sobre el comportamiento como en la posibilidad de afectar gravemente al organismo. (48,49)

2.5. VIAS DE ADMINISTRACION

- **Vía oral:** Utilizada para líquidos como alcohol, metadona o infusiones realizadas con café, té, hojas de coca; así como para comprimidos
- **Vía fumada o inhalada:** Utilizada para tabaco, *Cannabis*, heroína o cocaína
- **Vía esnifada:** Absorción de la sustancia (cocaína) a través de la mucosa nasal
- **Vía inyectada:** Subcutánea, intramuscular, intravenosa (heroína, cocaína) (49)

2.6. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SUS EFECTOS

2.6.1. ALCOHOL

Introducción

El alcohol, aunque aparentemente estimulante, tiene un efecto depresor sobre el sistema nervioso central.

Inicialmente, y no a dosis altas, produce sensación de euforia, optimismo, desinhibición, generando además una sensación de mayor soltura corporal y verbal. Rebaja a la vez el nivel de autocontrol y autocrítica lo que facilita la animación en situaciones de celebración o de fiesta. Cuando la ingestión es cuantiosa, la fiesta se estropea: reacciones violentas, peleas, llantos y vómitos son algunos de los espectáculos desagradables que pueden deteriorar el ambiente.

Salvo en raras ocasiones en que el etanol (principal componente de las bebidas alcohólicas) se inhala tras vaporizar bebidas alcohólicas, el alcohol se ingiere por vía oral. La absorción del alcohol es muy rápida. Se absorbe en un 20% en el estómago y en un 80% en el intestino delgado, de donde pasa a la sangre. Del 5 al 10% del etanol absorbido se elimina por el aire espirado, la orina y el sudor. El resto es metabolizado en los órganos internos, especialmente en el hígado. (50)

Efectos del alcohol

El alcohol crea dependencia física y psíquica, tiene una fuerte tolerancia y el síndrome de abstinencia es especialmente peligroso. Un alcohólico no debe dejar de beber sin control sanitario.

A los pocos minutos de haber bebido alcohol, éste pasa a la sangre, donde puede llegar a mantenerse hasta 18 horas. Aunque su consumo afecta a todo el cuerpo, donde más daño ocasiona es en el hígado y en el cerebro. Un consumo excesivo de esta sustancia produce acidez de estómago, vómitos, diarrea, descenso de la temperatura corporal, sed, dolor de cabeza, deshidratación y, si la intoxicación es

elevada, problemas respiratorios, que pueden llevar al estado de coma (coma etílico)(53)

Una de las enfermedades más frecuentes en alcohólicos crónicos son las lesiones hepáticas, que comprenden a su vez otra serie de enfermedades como por ejemplo la hepatitis alcohólica, la cirrosis, la esteatosis, y la fibrosis hepática, estudios muestran que la ingesta de alcohol superior a los 40g/día tiene una estrecha relación con el riesgo a desarrollar cirrosis (57)

Por último, en lo que se refiere a las enfermedades relacionadas con el consumo de esta sustancia, es importante resaltar la aparición de algunas encefalopatías o trastornos del sistema nervioso central como el síndrome de Wernicke y el de Korsakoff, el Delirium tremens, degeneración cerebelosa alcohólica, neuropatía alcohólica y encefalopatía hepática crónica. Algunas de ellas están altamente asociadas con problemas nutricionales.

Efectos psicológicos

El alcohol afecta a los sentimientos, la reflexión, la memoria, la atención, etc. Se trata de una sustancia depresora, por lo que va a producir relajación, amuermamiento, sueño. Produce alteraciones sensoriales (dificultad para la medición de distancia y velocidad, problemas en la acomodación de la vista a los cambios de luz, deslumbramientos, etc.). Su consumo continuado provoca irritabilidad, agresividad, insomnio, confusión, delirios y alucinaciones con ideas de persecución que pueden derivar en demencia. (52)

Tratamiento de un enfermo alcohólico

Se puede decir que una persona es un enfermo alcohólico o está en vías de serlo, cuando sigue bebiendo a pesar del hecho de que esto le produzca serios problemas en diferentes ámbitos (conducta, salud, problemas sociales).

El tratamiento del enfermo alcohólico debe ser integral, integrado e integrador; ha de ofrecer recursos variados según las diferentes etapas de presentación de la enfermedad. Deben ser tenidas en cuenta tanto las necesidades individuales, como familiares, y debe abordar todas las áreas en conflicto desde una perspectiva bio-psico-social.

2.6.2. NICOTINA (TABACO)

Introducción

Los compuestos que constituyen el tabaco producen dependencia física y psicológica, por lo que, aunque legal, es una droga con todas las características de cualquier otra. El síndrome de abstinencia tabáquico, cuya intensidad varía mucho de unas personas a otras, se caracteriza por irritabilidad, ansiedad marcada por el deseo de fumar, perturbaciones del sueño, crisis de mal humor, entre otros.

La nicotina, principal alcaloide del tabaco, se absorbe por las mucosas con las que entra en contacto el humo (boca, nariz y faringe). Una vez absorbida pasa rápidamente a la sangre. Se distribuye por todos los aparatos y sistemas, atravesando las barreras hematoencefálicas (en el cerebro) y la placentaria. A las dos horas de su absorción alcanza los niveles mínimos en sangre, y el fumador, en los casos de adicción, necesita volver a fumar para evitar el síndrome de abstinencia. La nicotina se metaboliza sobre todo en el hígado y se elimina por la orina. Los restos de alquitranes, nicotina y otras sustancias aparecen frecuentemente en las uñas, dientes y dedos de los fumadores.

Presentación

Al procesar las hojas secas de la planta de tabaco se extraen las labores específicas para cigarrillos, pipas o cigarros (puros). El tabaco también se vende en forma de rapé, un polvo fino que se inhala por la nariz. En algunos países se puede encontrar el tabaco en bloques, para masticar. (58)

Componentes

En la combustión del tabaco se producen más de cuatro mil sustancias (gases, vapores orgánicos y compuestos suspendidos en forma de partículas) que son transportadas por el humo hacia los pulmones. Estas sustancias actúan principalmente sobre el aparato respiratorio, aunque algunas de ellas son absorbidas y pasan a la sangre desde donde actúan sobre otros tejidos y órganos del cuerpo.

Entre estas destacan:

- Nicotina. Es el alcaloide responsable de la mayor parte de los efectos del tabaco sobre el organismo y el que da lugar a la dependencia física. La vida media de la nicotina en la sangre es menor de 2 horas y, según se reduce su concentración, aparecen los síntomas que alertan al fumador para que fume otra vez.
- Los irritantes. El humo del tabaco contiene muchas sustancias irritantes como amoníaco, peróxido de nitrógeno, ácido cianhídrico, fenoles... que son responsables de la constricción bronquial, de la estimulación de las glándulas secretoras de la mucosa, y de la tos típica del fumador; en definitiva, de la alteración de los mecanismos de defensa del pulmón, por lo que se favorecen las infecciones y la aparición de bronquitis crónica y enfisema pulmonar.
- Alquitrán y otros agentes cancerígenos. Se incluyen en este grupo toda una serie de hidrocarburos aromáticos policíclicos que tienen acción cancerígena.
- Monóxido de carbono (CO). Se encuentra en una concentración elevada en el humo del tabaco. Tiene una gran afinidad para combinarse con la hemoglobina, formando carboxihemoglobina y, por tanto, disminuye la capacidad de la sangre de transportar oxígeno. Sus efectos inciden fundamentalmente a nivel del sistema nervioso central y del aparato cardiocirculatorio. (59)

Efectos

Entre los efectos a corto plazo que provoca el consumo de tabaco, podemos citar:

- Disminución de la capacidad pulmonar.
- Merma de los sentidos del gusto y el olfato.



- Envejecimiento prematuro de la piel de la cara.
- Mal aliento.
- Color amarillento de dedos y dientes.
- Tos y expectoraciones sobre todo matutinas.

Entre sus efectos a largo plazo, cabe destacar:

- Es responsable directo del 90% de las muertes por cáncer de pulmón.
- Lo es también del 75% de bronquitis crónicas.
- Explica el 25% de infartos de miocardio y anginas de pecho. (58)

El consumo crónico de tabaco puede causar Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), se caracteriza por una obstrucción en las vías aéreas.

El tabaquismo y el humo de la leña no son las únicas razones para contraer EPOC: la exposición al aire contaminado, infecciones respiratorias, vapores, polvo orgánico e inorgánico y predisposición genética

Según la OMS alrededor de 600 millones de personas sufren de EPOC en el mundo y unos 3 millones mueren cada año por causa de esta enfermedad. Según la mortalidad de la EPOC es 14 veces superior en fumadores de cigarrillos en comparación con los no fumadores. (60)

Tratamiento

Si bien el abandono del hábito tabáquico puede conseguirse sin ningún tipo de apoyo, en muchos casos se requiere uno complementario. A destacar:

- Terapia sustitutiva: administración de nicotina por una vía diferente a la de fumar cigarrillos y en cantidad suficiente para evitar el síndrome de abstinencia: chicles o parches de nicotina, spray...
- Terapia de soporte: que se incluye dentro de programas de apoyo psicosocial que pueden combinar tratamientos farmacológicos aplicados siempre por profesionales.

2.6.3. DERIVADOS DEL CANNABIS

Introducción

El cannabis procede de una gran planta, la Cannabis Sativa, que crece en los países cálidos y secos. Se trata de una planta diódica puede ser cultivada en cualquier parte del mundo.

El THC(tetrahidrocannabinol) es el principal principio activo de la planta. Su concentración en las diferentes preparaciones cambia considerablemente dependiendo de ellas e incluso de las zonas donde es cultivada y de los cuidados que ha recibido la planta durante su crecimiento.



Actualmente su consumo se ha generalizado y muchos la consideran como droga de iniciación, esto es, “el primer paso” para acceder a otras drogas más tóxicas y peligrosas, aunque no hay evidencias que así lo demuestren.

Se ha investigado y hablado mucho acerca del uso de la marihuana con fines terapéuticos. Si bien es cierto que los estudios experimentales realizados han confirmado su utilidad en algunas situaciones muy concretas, tanto los efectos secundarios como los riesgos asociados a su consumo, obligan a un riguroso control médico de la dosis y de la duración del periodo de tratamiento. (50)

Los principios activos del cannabis se absorben rápidamente por el organismo, debido a su liposolubilidad, que es también la causa de su capacidad para atravesar la barrera placentaria y hematoencefálica. El THC se volatiliza rápidamente al fumarlo, con lo cual el pulmón lo absorbe pronto. Se metaboliza en el hígado y en menor medida en el sistema nervioso central y en la mucosa del intestino delgado. El tiempo de eliminación media del THC del organismo es de unas 20 horas, por heces y orina.

Presentación

Los derivados del cannabis consumidos por sus efectos psicoactivos son, sobre todo, el hachís, la marihuana y el aceite de hachís.

El hachís o “chocolate” se elabora a partir de la resina que se almacena en las flores de la planta hembra, que una vez prensadas tras su recolección, adquieren una textura pastosa de color marrón (de allí que coloquialmente se le conozca como chocolate). En la resina del cannabis se encuentra una concentración de THC más elevada, por lo cual el hachís es más fuerte y peligroso que la marihuana.

La marihuana se prepara con las flores, hojas y tallos pequeños de la planta, triturados una vez dejados secar, con el fin de comprimirlos posteriormente en bloques o en otras formas. Su aspecto es similar al de las hierbas picadas gruesas y generalmente suele tener un color pardo verdoso y aroma herbáceo. Suele ser adulterada con otras plantas como el orégano, el té y la alfalfa.

El aceite de hachís, es la presentación de mayor poder de intoxicación dado que el contenido en THC de esta sustancia puede alcanzar el 70%. El aceite de hachís se obtiene químicamente por destilación al mezclar el hachís con disolventes. Se trata de resina concentrada, de color marrón oscuro con una textura similar a la mermelada o al aceite de los coches. (61)

Modalidades de consumo

La marihuana es consumida normalmente fumada, bien sola o mezclada con tabaco en los conocidos “porros” o “canutos”. El humo que produce su combustión es muy caliente por lo que en los porros son necesarios grandes filtros para enfriarlo (simples trozos de cartón enrollados sobre sí mismos pueden servir perfectamente); en otros países se emplea la “pipa de agua”.

El hachís es consumido normalmente también fumado; el bloque o la tableta se desmenuza en pequeños trozos conocidos como “chinas” que se mezclan con el tabaco, preferentemente rubio, para liar “porros” o “canutos”.

También puede ser ingerido, pese a su sabor extremadamente amargo, a través de infusiones.

Por lo que respecta al aceite de hachís, se puede consumir de diversas formas: extendiéndolo sobre el exterior de un cigarrillo, empapando el papel de fumar empleado para liarlo o incluso empapar el tabaco y dejándolo secar para posteriormente liar el “porro” o “canuto”.

Efectos

Al igual que otras drogas, el cannabis no crea una dependencia física sino sólo psicológica; tampoco presenta síndrome de abstinencia. Los síntomas propios de la abstinencia se presentan en algunos consumidores habituales expuestos a dosis elevadas durante mucho tiempo. El fenómeno de la tolerancia no parece un problema cuando el consumo es esporádico y a dosis bajas.

Las consecuencias a corto plazo dependen de la cantidad y del tipo de sustancia, del estado de ánimo del consumidor, de sus expectativas así como de la situación general del individuo. Aparecen poco después del consumo y pueden durar varias horas con dosis elevadas. Con dosis bajas o moderadas el consumidor se siente relajado y alegre, con un marcado interés por los estímulos sensoriales. Puede aparecer una alteración de la noción del tiempo. Su consumo regular puede causar pérdida de sueño, irritabilidad, inquietud, pérdida de apetito, sudoración, pérdida de peso y depresión. Puede quedar seriamente afectada la percepción y el rendimiento en la ejecución de tareas complejas, como conducir un vehículo, manejar maquinaria, etc.

La intoxicación aguda puede provocar severas reacciones de suspicacia, paranoia y pánico. Los consumidores ocasionales o noveles, o aquellos deprimidos antes del consumo de dosis elevadas, están especialmente expuestos a dichas sensaciones desagradables. (62)

El sistema respiratorio es el más afectado por el consumo de marihuana dada su vía de administración más común (fumada). Varios estudios no establecen claras diferencias entre las enfermedades relacionadas por consumo de tabaco y consumo de Cannabis debido a que la composición del humo del Cannabis y el del tabaco es muy similar, pues comparten varios agentes cancerígenos relacionados con cáncer de pulmón o broncopulmonar

Dentro de las especificaciones del DSM IV junto con las de la OMS, se reconocen aspectos inducidos por el uso de cannabis como: abuso, intoxicación por cannabis, delirium, dependencia y trastornos psicóticos, aun cuando estos criterios diagnósticos se comparten con otras drogas y terminan siendo poco específicos (45)

2.6.4. COCAINA

Introducción



La cocaína se obtiene de una planta que abunda en las regiones montañosas de Sudamérica, de países como Perú, Colombia, Bolivia o Brasil.

Casi toda la cocaína que se comercializa en la calle es un polvo cristalino blanco, muy parecida a la sal fina. El polvo de cocaína obtenido después de procesar las hojas de coca tiene una pureza de un 85%, porcentaje muy superior al que tiene cuando se vende en la calle, que habitualmente suele tener un treinta por ciento de cocaína y el resto se complementa con otras sustancias (azúcares, anestésico). (63)

La cocaína se absorbe a través de todas las mucosas, llegando a la circulación sanguínea y atravesando las barreras placentarias y hemato-encefálica. Se metaboliza en el mismo plasma y en el hígado. La eliminación se da fundamentalmente por vía renal, aunque también por la saliva, heces y bilis.

Modalidades de consumo

- Mascadores de coca: Forma de consumo muy extendida entre los campesinos de los Andes.
- Vía digestiva: las hojas se suelen tomar en infusión “mate de coca”, en el Altiplano andino.
- La forma más común de administrar el clorhidrato de cocaína es “esnifar” la droga por las fosas nasales, proceso que si se repite durante un largo periodo puede causar ulceraciones y perforación del tabique nasal.
- También puede inyectarse, pero es menos frecuente.
- Para ser fumada debe ser transformada, conociéndose entonces como crack, que es la manera más rápida de introducir la droga en el cerebro, si bien los efectos pueden disiparse en un breve periodo de tiempo. (47)

Otro peligro creciente es la combinación de heroína y cocaína (speedball). Estas son las drogas más compatibles para un adicto, de manera que cuando se dispone de las dos, la mezcla es muy probable.

Efectos

Produce un periodo de intenso bienestar, euforia, hiperactividad, mayor sociabilidad. Pero a medida que desaparecen estos efectos, en los consumidores crónicos, sobreviene un estado de cansancio y apatía que puede inducir a repetir el consumo.

El consumo de dosis elevadas causa insomnio, intensa ansiedad, alucinaciones, temblores y convulsiones. Las ilusiones paranoicas pueden conducir a un comportamiento violento. Las pupilas se dilatan y aumenta la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea.

Entre los problemas orgánicos asociados al consumo de cocaína podemos citar:

- Problemas psiquiátricos: delirio, agitación psicomotriz, ideas paranoides, ideas suicida.
- Problemas neurológicos: dolores de cabeza muy frecuentes, convulsiones.
- Cardiacos: cardiopatía isquémica, arritmia.
- Digestivos: obstrucción intestinal por paquetes o preservativos rellenos de cocaína destinados al tráfico.

Los casos de sobredosis, por cualquiera de las formas de abuso de cocaína, pueden producir importantes disfunciones cardíacas y respiratorias llevando al usuario a la muerte en algunas ocasiones. (45)

Como es de conocimiento común, el consumo crónico de cocaína inhalada por la nariz está asociado a destrucción del tabique nasal, resultante de la necrosis producida por los efectos vasoconstrictores de la sustancia.

Las enfermedades asociadas al uso de esta sustancia son bastante diversas, y entre estas tenemos: arritmias, isquemia cerebral, infarto agudo de miocardio y muerte súbita, hipertensión, taquicardia, hiperpirexia y taquipnea.

Existe una gran variedad de complicaciones neurológicas por consumo de cocaína. La más importante es la enfermedad cerebrovascular, en la que sobresale el infarto de tipo lacunar que a su vez da lugar a hemiplejía motora pura. (46)

El crack

El crack es cocaína procesada; su nivel de pureza es muy superior al de la cocaína que se vende en la calle y por lo tanto más peligrosa. Tiene el aspecto de cristales semejantes a rocas pequeñas. Su color varía del amarillo claro o rosa al blanco. Generalmente se fuma. Su efecto inicial es muy intenso, llega en segundos, pero es muy breve.

Produce una profunda euforia y exaltación, una increíble sensación de bienestar y poder y un repentino aumento de la energía.

Tratamiento

Los programas específicos diseñados para los consumidores de cocaína constituyen una herramienta relativamente nueva. Suelen emplear un enfoque multidisciplinario, proporcionando una serie de técnicas de comportamiento, cognitivas, educativas y de autocontrol, con el objetivo de reducir la ansiedad por la droga y el potencial de recaída. (63)

2.6.5. OPIACEOS (HEROÍNA)

Introducción

Los opiáceos constituyen una amplia familia de productos derivados directamente de la adormidera o *Papaver somniferum*.

La heroína puede generar dependencia tanto física como psíquica. Independientemente de la vía de administración utilizada. El síndrome de abstinencia se hace presente en el momento en que la sustancia no se encuentra en el organismo en la cantidad a la que el mismo se ha adaptado y va a ser diferente según el individuo y el grado de dependencia. Aunque el proceso puede ser duro, este síndrome de abstinencia puede superarse sin demasiadas dificultades. (55)



Presentación

En estado puro se presenta como un polvo cristalino, blanco e inodoro.

La forma más común de encontrarla es como un polvo marrón, aunque el color varía del blanco crema al marrón oscuro. Normalmente su nivel de pureza es muy reducido, conteniendo una mezcla de muchas sustancias que incrementan por ello considerablemente los beneficios de su venta.

Se absorbe tanto por el tracto digestivo (ingiriendo la droga), como por la mucosa nasal y los pulmones (inhalándola), siendo mayor la absorción si es por vía parenteral y máxima por vía intranasal.

En el sistema nervioso central atraviesa la barrera hematoencefálica. La mayor cantidad se elimina a las seis horas y a las 48 se puede decir que no queda prácticamente nada.

Efectos

Su consumo produce inicialmente una euforia placentera con un alivio total de las tensiones y ansiedades, desapareciendo las sensaciones desagradables (fatiga, hambre, etc.). Los experimentadores no se convierten en dependientes la primera vez que prueban la heroína. Pero con su uso regular, el organismo se adapta y aumenta la tolerancia hasta que apenas se experimentan sensaciones placenteras.

Somáticamente aparecen miosis (reducción del diámetro de la pupila ocular), estreñimiento con una posible desnutrición al dedicar todo el dinero a la droga, impotencia, amenorrea, palidez, adelgazamiento, abulia para todo aquello que no tenga relación con la droga, abscesos en las pautas de inyección, hipertensión, hepatitis, etc. Uno de los riesgos más importantes derivados de tal consumo tiene mucho que ver con la vía de administración de la sustancia que acostumbraba a ser inyectada. La aparición y proliferación del SIDA entre el colectivo de consumidores de heroína ha influido considerablemente en el cambio de la vía de administración y a la vez en la reducción del número de consumidores. (57)

Otra enfermedad frecuente en los usuarios de heroína y cocaína es la hepatitis; la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es una de las principales causas de hepatitis crónica y que afecta aproximadamente a 170 millones de personas en todo el mundo, de ellos, entre el 50% y el 80% desarrollan formas graves de dicha enfermedad, como fibrosis, cirrosis y carcinoma hepatocelular. (55)

Tratamiento

El tratamiento de la dependencia a la heroína incluye la deshabitación física y psíquica, y la reinserción.

Actualmente un considerable número de dependientes de la heroína están llevando a cabo programas de mantenimiento con metadona sobre todo en aquellos casos en los que una abstinencia completa resulta difícil de lograr.



La utilización de antagonistas como la Naltrexona se está extendiendo cada vez más por parte de los profesionales, como medida para asegurar la abstinencia a la heroína.

2.6.6. OTRAS SUSTANCIAS

Introducción

Estas sustancias pueden ser productos de uso doméstico o industrial como por ejemplo la gasolina, los pegamentos, las pinturas, barnices, lacas, quitaesmaltes, etc. Son productos familiares en todos los hogares o que se pueden encontrar con gran facilidad en cualquier tienda.

La inmensa mayoría de quienes abusan de estas sustancias tiene entre 11 y 16 años. Pueden proceder de cualquier ambiente social aunque los niños de zonas urbanas y marginales tienen más riesgo de iniciarse en este comportamiento. (64)

Características de la sustancia

No producen adicción física pero sí pueden provocar adicción psicológica. Producen una elevada tolerancia, lo que hace que se requieran más dosis para producir un mismo efecto una vez que el consumo es crónico. La abstinencia provoca intensas sensaciones de ansiedad, depresión y nerviosismo, efectos que desaparecen en poco tiempo.

Presentación

La mayoría de los disolventes son sustancias volátiles, es decir, despiden vapores al entrar en contacto con el aire.

Comprenden una amplia variedad que van desde los disolventes (barnices, pegamentos, pinturas, quitamanchas, quitaesmaltes, lacas, desodorantes, insecticidas, detergentes, gasolina) a los anestésicos (cloroformo, éter, óxido nitroso) o vasodilatadores coronarios (nitrito de amilo).

Los inhalantes penetran en el torrente sanguíneo a través del sistema respiratorio lo que hace que tengan efectos casi instantáneos sobre el sistema nervioso central. Pueden atravesar la barrera hematoencefálica. Los órganos que más acumulan estos compuestos son el cerebro y el hígado. Son eliminados en buena medida por vía pulmonar, lo cual puede ser la causa de halitosis (mal aliento). (49)

Efectos

El consumo de inhalables da lugar a diferentes tipos de problemas. La intoxicación aguda es muy parecida a la embriaguez etílica: excitación, euforia, en ocasiones alucinaciones auditivas y visuales. Ello suele ir acompañado de irritación conjuntival, náuseas, vómitos, tos, lagrimeo. Cuando la cantidad inhalada es alta aparece depresión del sistema nervioso central, con confusión y visión borrosa. En caso de continuar inhalando aparecen ataxia y disartria y puede desarrollarse un coma asociado a convulsiones e incluso la muerte. (48)



Generalmente el consumo de sustancias volátiles es un hecho transitorio y sólo un pequeño porcentaje de individuos continúa en la edad adulta.

Muchas de estas sustancias son utilizadas en diferentes industrias y por ello un número importante de trabajadores pueden estar expuestas a ellas.

El consumo de Inhalantes puede causar daños severos al cerebro y al sistema nervioso porque impiden que el cerebro reciba el oxígeno que necesita.

Causar problemas en la memoria, en la capacidad para solucionar problemas y en la coordinación.

Tratamiento

Los consumidores abusivos de inhalantes rara vez buscan tratamiento casi siempre son obligados a ello por sus familiares, los colegios o los juzgados, no suelen motivarse con las opciones de tratamiento disponibles y tienden a abandonarla en cuanto pueden.

Sin embargo se puede aplicar toda clase de técnica frente a una conducta adictiva. (66)

2.7. TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES

Objetivos a conseguir en el tratamiento de una conducta adictiva

Son muchas las distintas sustancias y conductas a las que las personas pueden adquirir dependencia. En cualquier intervención terapéutica con una persona con una adicción hay varios objetivos a conseguir en el proceso de tratamiento. Estos van graduados en función de la propia dependencia; esto es, poco se puede hacer con una intervención psicológica si la persona está intoxicada cuando acude a consulta; o, poco se puede hacer para intentar que mejore su estilo de vida saludable si no conoce medidas adecuadas para hacerlo.

El primer objetivo del tratamiento es que la persona con una adicción asuma que precisa tratamiento. Tanto en las drogas legales como en las ilegales hay un proceso de negación de muchos de los adictos a las mismas.

La drogas les producen placer, bienestar, satisfacción (reforzamiento positivo) y, al tiempo, la propia droga les permite evitar el síndrome de abstinencia (reforzamiento negativo) cuando no consumen o no tienen suficiente dosis.

Una vez que la persona ha asumido que tiene que cambiar va a solicitar distintos tipos de ayuda. Y es entonces de gran importancia hacerle ver claramente que precisa ayuda, que tiene que cambiar su conducta por las graves y evidentes consecuencias que le están produciendo, pero que la persona no ve en ese momento (por ejemplo, que lo han despedido del trabajo, que ha tenido que abandonar los estudios, que tiene conflictos familiares, que lo ha detenido la policía, que tiene que ingresar en prisión, que sus relaciones sociales han cambiado y ahora se relaciona sólo con amigos consumidores, etc.).



Superada la fase de negación del problema o minimización del mismo, hay que delimitar claramente el problema por el que acude, factores relacionados y otros problemas que ha causado la dependencia. Esta es la fase de evaluación.

Dentro ya del tratamiento, éste se va a orientar inicialmente a que la persona consiga la abstinencia. Aquí va a variar el abordaje según se trate de una persona dependiente del alcohol, la nicotina, la heroína, cocaína o el juego o internet, pero dentro de más aspectos comunes que distintos en lo que atañe a las técnicas de tratamiento que utilizaremos con unos o con otros.

Conseguida la desintoxicación, o lo que es lo mismo que la persona deje de consumir la sustancia, se pasa al proceso de deshabituación psicológica. Este es el proceso más largo y complejo del proceso adictivo.

La deshabituación psicológica pretende conseguir que la persona dependiente de una sustancia psicoactiva o de una conducta adictiva sea capaz de afrontar la abstinencia. Por ello, en el caso de la dependencia de la heroína y de otras sustancias, se le entrena mediante distintas técnicas en afrontar la vida sin drogas, en poder evitarlas, en rechazarlas y La deshabituación psicológica pretende conseguir que la persona dependiente de una sustancia psicoactiva o de una conducta adictiva sea capaz de afrontar la abstinencia.

Esta es una de las partes más complejas de todo el proceso dado que las personas que acuden a tratamiento en ocasiones llevan un buen número de años consumiendo. Además, muchos han descubierto que cuando se encuentran mal pueden ponerse mejor rápidamente consumiendo drogas. De ahí la relevancia que tiene el entrenamiento en estrategias de afrontamiento ante las situaciones de riesgo para el consumo

No se debe olvidar que las drogas consiguen no solo un efecto inmediato, sino que por el consumo previo se han hecho claramente reforzantes. Hay que buscar alternativas de refuerzo para el individuo y para que pueda contraponer las consecuencias negativas del consumo (ya que cuando es adicto solo ve las positivas) a las ventajas que tiene no consumir a nivel personal, familiar, social, etc.

Dado que sabemos que la recaída es algo íntimamente unido a la dependencia de cualquier sustancia, tanto sea de tipo legal como ilegal, o adicciones comportamentales, entrenarlo en prevenir la recaída es un elemento de gran relevancia una vez superadas las fases anteriores

Finalmente, si la persona cambia su estilo de vida anterior por un estilo de vida saludable es más probable que mantenga la abstinencia a largo plazo. El análisis de la comorbilidad, relacionado con el cambio en el estilo de vida, cobra una gran relevancia. Hacer un seguimiento de ella y poder intervenir en los problemas asociados al consumo de drogas puede ser uno de los factores que facilitan el mantenimiento de la abstinencia. (65)

2.8. LAS DROGAS Y EL ADOLESCENTE

EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

El consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia suscita preocupación social. En nuestro país un sector de adolescentes y jóvenes asocian el disfrute del ocio y de las relaciones sociales con el uso de sustancias. El abuso de alcohol, en ocasiones unido a drogas de síntesis, durante el fin de semana, en lugares no habilitados como la vía pública, ha motivado que la administración adopte medidas legales para responder a las quejas. La relación adolescencia–drogas es bidireccional. Por un lado, ciertas características de este período evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas, de hecho, el consumo de estas sustancias suele iniciarse en esta etapa de la vida. Por otro lado, el consumo abusivo de alcohol y otras drogas puede interferir en el desarrollo saludable del adolescente. (54)

ETIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Durante las últimas décadas se ha avanzado considerablemente en la investigación sobre la etiología del abuso de sustancias en la adolescencia, proponiéndose múltiples explicaciones teóricas. Ciertos estudios resalta la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones. Teorías sobre aprendizaje social recalcan la influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores. Teorías de la personalidad subrayan la vulnerabilidad individual, por ejemplo las carencias afectivas de la persona. Otras teorías, analizan el conflicto generacional e insisten en la importancia del distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar.

En conjunto los estudios han identificado numerosos factores de riesgo del consumo de drogas en la adolescencia, así como factores protectores que reducen la probabilidad del abuso de sustancias. (57)

Factores macrosociales

- *Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias.* En nuestro país el carácter de droga legal convierte al alcohol en un producto disponible de fácil acceso, por los múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible de las bebidas y el escaso control de la venta a menores.
- *Institucionalización y aprobación social de las drogas legales.* El alcohol es una droga aceptada socialmente. La televisión, el cine y la prensa muestran imágenes de personajes famosos y personas con prestigio social bebiendo.
- *Asociación del alcohol y drogas de síntesis con el ocio.* El consumo juvenil de drogas se encuentra 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. (53)



Factores microsociales

- *Estilos educativos inadecuados.* La ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente, y pueden desembocar en una personalidad con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto.
- *Falta de comunicación y clima familiar conflictivo.* La comunicación satisfactoria evita el aislamiento, educa para las relaciones extrafamiliares, promueve la expresión de sentimientos, y facilita el desarrollo personal. Por el contrario, la incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficits y carencias personales, que el adolescente puede intentar compensar recurriendo a las drogas. Numerosos autores destacan la relación entre la vivencia negativa de las relaciones familiares y el uso de drogas.
- *Consumo familiar de alcohol.* Los estudios revelan la relación significativa del consumo de alcohol de padres, hermanos e hijos.
- *Influencia del grupo de amigos.* La pandilla es el marco de referencia que ayuda a afianzar la identidad adolescente frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales.

Factores personales

- *Desinformación y prejuicios.* La falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas, extensión del consumo adolescente, repercusiones negativas a corto y largo plazo, etc., alienta la curiosidad o impide valorar acertadamente los riesgos. Así, una elevada proporción de adolescentes considera que el alcohol no es una droga.
- *Actitudes favorables hacia el alcohol y drogas de síntesis.* Las actitudes favorables al uso de sustancias son importantes predictores del inicio del consumo de alcohol y otras drogas.
- *Déficits y problemas del adolescente.* Los déficits y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol y otras drogas. El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con pobre autoestima y locus de control externo y con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Cuantos más factores de riesgo incidan en un adolescente, mayor probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas. (57)

2.9. LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Los cambios físicos, emocionales, intelectuales, las presiones sociales a esa edad y la búsqueda de identidad, son vivenciados muchas veces, con inseguridad, rebeldía, incertidumbre y depresión. (56)

El inicio del consumo de drogas se produce, generalmente en la adolescencia. Los cambios físicos, emocionales, intelectuales, las presiones sociales a esa edad y la



búsqueda de identidad, son vivenciados muchas veces, con inseguridad, rebeldía, incertidumbre y depresión.

Las adicciones resultan de la acción conjunta de diversos factores: la sustancia o droga (tipo de sustancia, cantidad, frecuencia, consumo asociado, nivel de accesibilidad y disponibilidad); características personales de la persona (motivación, factores de vulnerabilidad, trastornos conductuales, factores genéticos, etc.); y el contexto sociocultural en que se produce el consumo (familia, grupo de pares, aceptación o sanción social, disponibilidad, etc).

No obstante, es responsabilidad de toda la comunidad, poner especial preocupación sobre los factores de riesgo que puedan detectar, desde el punto de vista de nivel personal se debe considerar: la baja autoestima, poca confianza en sí mismo, baja tolerancia a las frustraciones, inestabilidad emocional, personalidad dependiente, carencia de metas, curiosidad, desorientación en el uso del tiempo libre, sentimiento de incomprensión por parte de su entorno (familia, grupo, escuela); a nivel familiar se debe tener en cuenta: desintegración familiar, conflictos interpersonales e intergeneracionales, confusión en el concepto de libertad, falta de autoridad, desapego a la familia; a nivel social: marginalidad afectiva, desempleo, crisis económica, quiebre de valores, ausencia de alternativas para el uso del tiempo libre, etc. (54)



V. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Se trata de un estudio descriptivo transversal, con componentes analíticos.

Universo: El universo de la investigación, estuvo compuesto por los estudiantes adolescentes de 15 a 18 años de edad de los colegios fiscales de Loja.

En el estudio se tomará alumnos de los diferentes Colegios fiscales de la ciudad de Loja, que forman una población finita de 6147 alumnos distribuidos entre 12 establecimientos existentes, 9 diurnos y 3 nocturnos.

Muestra: se trabajará con el universo total de individuos.

Elementos excluidos: del universo total se excluyeron algunos participantes. En primer lugar al “Colegio Pio Jaramillo Alvarado”, por no tener autorización de los directivos, quienes nos dieron razones internas del establecimiento y nos dirigieron un oficio presentando su negativa ante nuestra solicitud, el cual va anexado. En segundo lugar fueron revisadas las encuestas y excluidas aquellas que no se encontraban en el rango de edad a estudiar, encuestas mal contestadas, encuestas con datos incompletos. Y en tercer lugar se excluyeron las encuestas que luego de ser revisadas mostraban falta de confiabilidad en sus respuestas. Con lo que quedamos con un total de 5828 encuestas.

Procedimientos: En primer lugar, se seleccionó los conceptos que se debe incorporar al cuestionario, en función de los objetivos indicados: consumo de sustancias psicoactivas, frecuencia, edad de inicio, características familiares, roles en el núcleo familiar, salud percibida, disfunciones familiares, identidad y preferencias.

En segundo lugar, se eligió los ítems o cuestionarios que podrían incorporar esa información; dentro de lo cual hemos seleccionamos un cuestionario APGAR el cual ha sido utilizado para medir disfunción familiar en estudios realizados en otros países.

A continuación presentamos sus características principales, y los datos técnicos estandarizados del cuestionario APGAR:

El Apgar Familiar (Family APGAR Questionnaire) consta de cinco ítems que recogen la percepción de disfunción familiar por el sujeto que contesta, mediante cinco variables relacionadas con el funcionamiento familiar. Hay datos que apoyan el uso del test de Apgar Familiar como un instrumento fiable y útil para medir el nivel de satisfacción con la función familiar. (8)

PREGUNTAS	Nunca	Algunas veces	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problem y/o necesidad			
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los			



problemas conmigo			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor			
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero			

Además se empleo el cuestionario “Saber decir SI o NO al alcohol y a las drogas”, este es un cuestionario dirigido para evaluar a los adolescentes que corren peligro de caer en este tipo de adicciones tomando en cuenta sus conocimientos y su manera de pensar acerca de las drogas. Consta de 10 preguntas de opción múltiple con tres posibles respuestas a, b, c; las cuales luego se valoran de la siguiente manera: un máximo de “a” están bien informados sobre las drogas, y es improbable que sientan curiosidad por probarlas. Un máximo de “b” aunque tienen cierta confusión sobre las drogas en general no muestran interés especial en ellas. Un máximo de “c” significa que no están bien informados y son blanco fácil para caer en las drogas. (7)

Finalmente, se reunieron los instrumentos antes mencionados en un solo cuestionario general.

La encuesta se aplicó a todos los adolescentes del bachillerato de los colegios fiscales de la ciudad de Loja, bajo la aprobación de las autoridades de los colegios escolares y bajo consentimiento informado de los alumnos a encuestar; además se garantizó la confidencialidad de los datos.

Análisis estadístico:

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación del cuestionario a los sujetos, administrándolos de forma colectiva, en las aulas.

Para el análisis de los resultados se utilizó el programa EPI- Info versión 3.6 y para tabulación de datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2007 que se encuentra en el paquete de Microsoft Office para Windows XP.

Calculo de prevalencia

La prevalencia se refiere a la proporción de una población que está afectada por una enfermedad en un punto dado del tiempo. La prevalencia (P) de una enfermedad se obtiene con la siguiente fórmula:

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas por los adolescentes:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de adolescentes que consumen alguna sustancia psicoactiva}}{\text{n}^\circ \text{ de adolescentes encuestados}}$$

La prevalencia por ser una proporción carece de dimensiones y sus valores están comprendidos entre 0 y 1. Donde un valor de uno se interpreta como igual prevalencia de enfermedad entre expuestos y no expuestos. Un valor mayor de uno significa que la prevalencia es mayor en los no expuestos que en los expuestos. Un valor menor a uno significa que la prevalencia es menor en los no expuestos que en los expuestos (Hernández & Velasco, 2000).

MEDIOS DISPONIBLES

RECURSOS HUMANOS:

- Directores y personal docente de los Colegios Fiscales de Loja
- Estudiantes de entre 15 y 18 años pertenecientes a los siguientes colegios:

COLEGIOS DIURNOS:

- INSTITUTO TECNICO SUPERIOR "DANIEL ALVAREZ BURNEO"
- INSTITUTO TECNOLOGICO "BEATRIZ CUEVA DE AYORA"
- COLEGIO "PIO JARAMILLO ALVARADO"
- COLEGIO EXPERIMENTAL "BERNARDO VALDIVIEZO"
- UNIDAD EDUCATIVA "VICENTE ANDA AGUIRRE – LA DOLOROSA"
- COLEGIO "ADOLFO VALAREZO"
- COLEGIO "27 DE FEBRERO"
- INSTITUTO PEDAGOGICO "CALASANZ"
- COLEGIO EXPERIMENTAL "MANUEL CABRERA LOZANO"

COLEGIOS NOCTURNOS

- COLEGIO "BENJAMIN CARRION PINZANO"
- COLEGIO "JAIME ROLDOS"
- COLEGIO "VICENTE ANDA AGUIRRE"

- Director del proyecto de fin de carrera
- Profesionales en formación

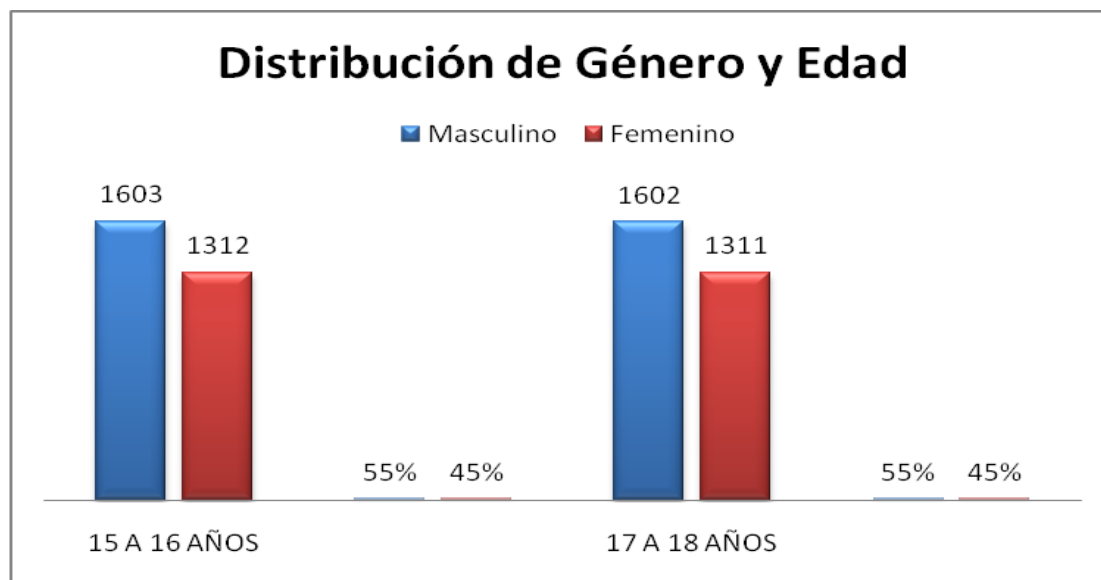
VI. RESULTADOS

Cuadro No. 1

Distribución de Género y Edad

GÉNERO	15 A 16 AÑOS		17 A 18 AÑOS		Totales	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Masculino	1603	55%	1602	55%	3205	55%
Femenino	1312	45%	1311	45%	2623	45%
Total	2915	100%	2913	50%	5828	100%

Gráfico No. 1



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.

Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

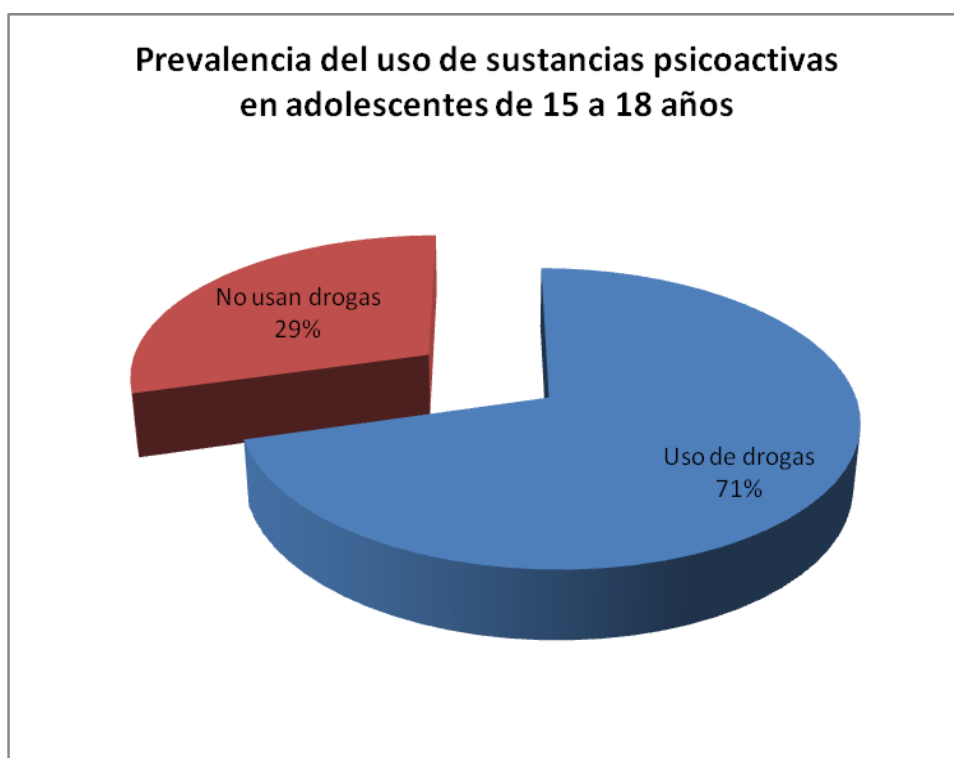
En el cuadro No. 1 podemos apreciar que la población adolescente encuestada se distribuye equitativamente de acuerdo a edad y sexo, con un 50% aproximadamente para cada grupo.

Cuadro No. 2

Prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en adolescentes de 15 a 18 años de edad

Indicador	Número	Prevalencia
Uso de drogas	4121	71%
No usan drogas	1717	29%
Total	5838	100%

Cuadro No. 2



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.

Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

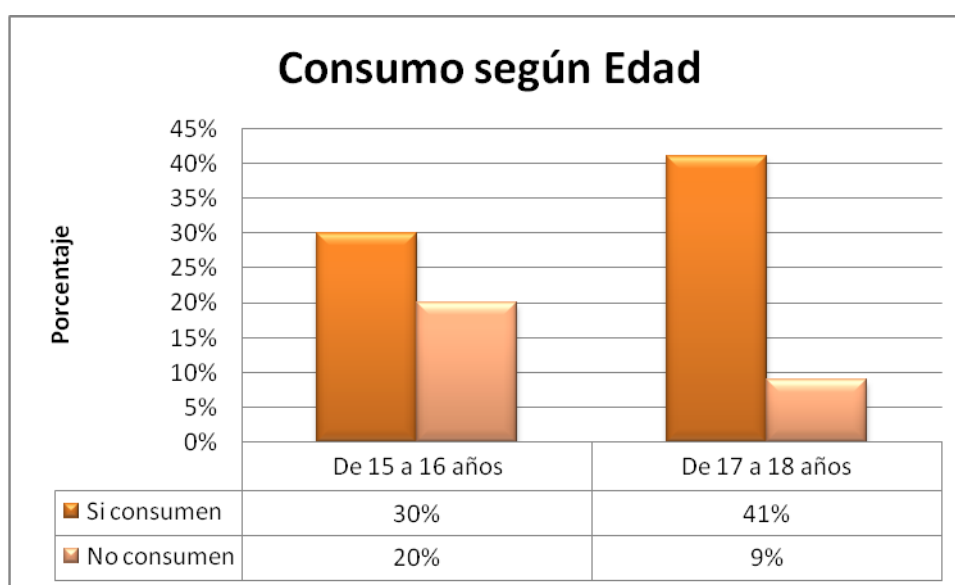
La prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en los adolescentes de 15 a 18 años de edad del bachillerato de colegios fiscales de la ciudad de Loja es del 71% son propensos a el consumo de drogas, y el 29% no.

Cuadro No. 3

Prevalencia de consumo según la edad

Edad	Si consumen		No consumen		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
De 15 a 16 años	1760	30%	1161	20%	3205	55%
De 17 a 18 años	2361	41%	546	9%	2623	45%
Total	4121	71%	1707	29%	5828	100%

Gráfico No. 3



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.

Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

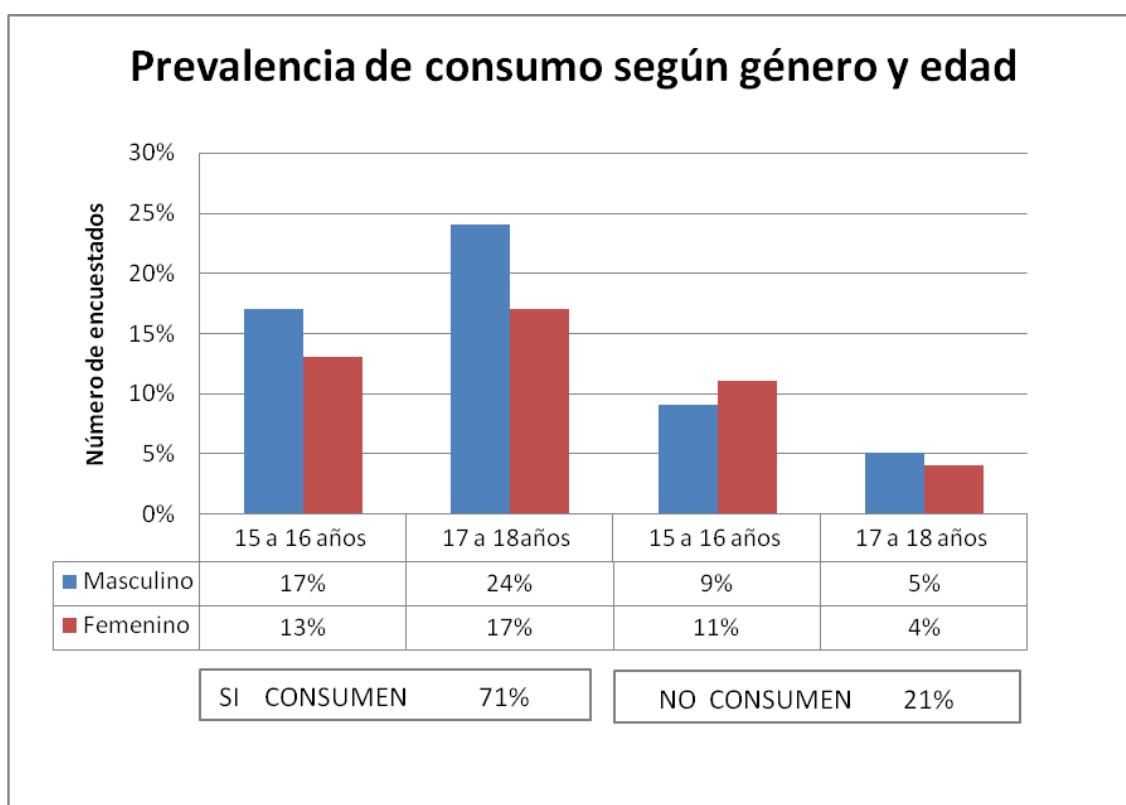
Valorando el grupo etario, en el cuadro No. 3 se observó que el grupo de 17 a 18 años presentó el mayor número de casos (41%), para una prevalencia del 71%, indicando que la mayor proporción de consumidores de drogas está entre esta edad.

Cuadro No. 4

Prevalencia del consumo según el género y la edad

GÉNERO	SI CONSUMEN		NO CONSUMEN		TOTALES	
	15 a 16 años	17 a 18 años	15 a 16 años	17 a 18 años	Número	Porcentaje
Masculino	1009	1393	513	290	3205	55%
Femenino	751	968	648	256	2623	45%
Total	1760	2361	1161	546	5828	100%

Gráfico No. 4



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.
Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

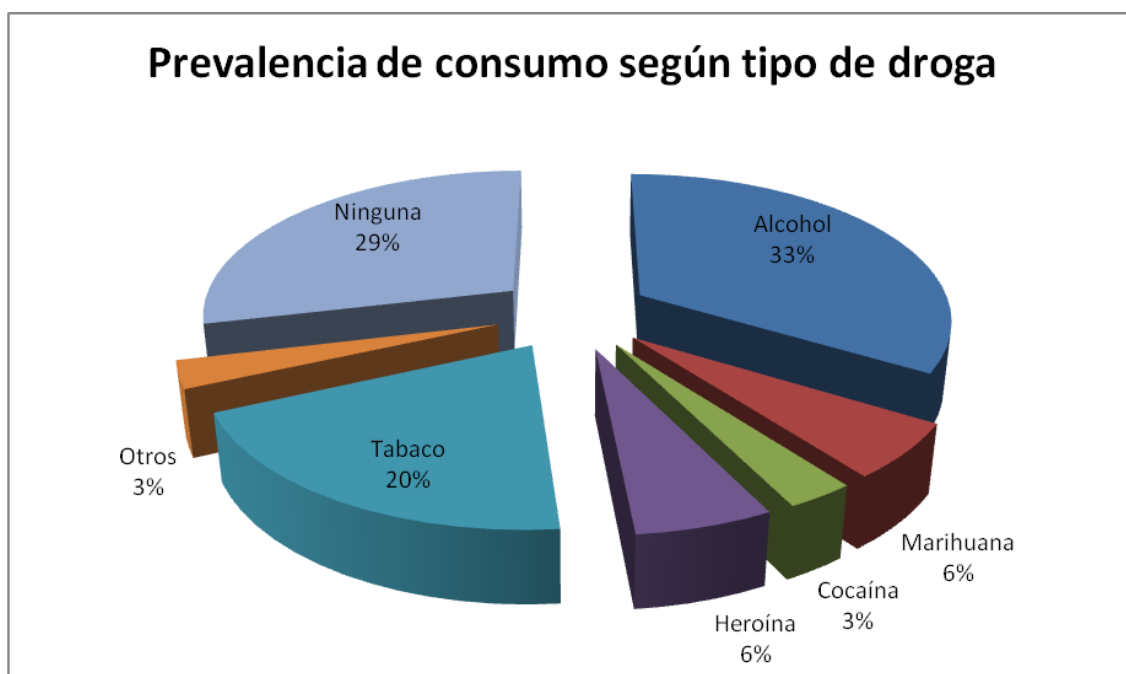
Del total de los estudiantes encuestados, el 55% pertenecen al sexo masculino y el 45% al sexo femenino. Siendo el grupo masculino el de mayor prevalencia en cuanto al consumo de drogas. El cuadro nos indica que el mayor porcentaje de consumo se da en varones de 17 a 18 años. Obsérvese también dentro de los consumidores, un porcentaje equivalente (17%) en varones de 15 a 16 años y de mujeres de 17 a 18 años, indicándonos que en el sexo masculino hay consumo a más temprana edad.

Cuadro No. 5

Distribución del consumo de sustancias psicotrópicas según género.

Indicadores	Masculino		Femenino		Totales	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Alcohol	993	31%	977	37%	1970	34%
Marihuana	274	9%	84	3%	358	6%
Cocaína	49	2%	30	1%	79	3%
Heroína	256	8%	38	1%	294	6%
Tabaco	678	21%	468	18%	1146	20%
Otros	152	5%	122	5%	274	3%
Ninguna	803	25%	904	34%	1707	29%
Total	3205	100%	2623	100%	5828	100%

Gráfico No. 5



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.

Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

Los niveles de prevalencia de consumo de drogas lícitas se pueden considerar elevados, en especial a lo que respecta al alcohol (34%), y al tabaco (20%). Un porcentaje menor se presenta el consumo de sustancias ilícitas (Marihuana y heroína 6%, Cocaína 3%).

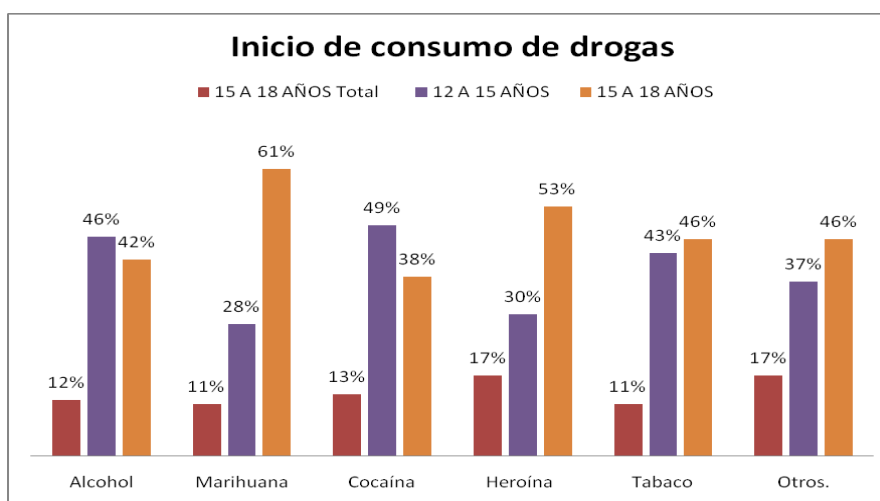
Cuadro No. 6

Distribución del consumo de sustancias psicoactivas según su inicio.

	MENOR A 12 AÑOS		12 A 15 AÑOS		16 A 18 AÑOS		Totales	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Total	Porcentaje
Alcohol	234	12%	919	46%	820	42%	1970	48%
Marihuana	37	11%	94	28%	204	61%	334	8%
Cocaína	24	13%	89	49%	69	38%	182	4%
Heroína	56	17%	98	30%	173	53%	327	8%
Tabaco	126	11%	493	43%	527	46%	1146	28%
Otros.	28	17%	60	37%	75	46%	162	4%
Totales	504	81%	1750	43%	1868	45%	4121	100%

No aplican 1707 con los cuales nos daría el total de 5828

Gráfico No. 6



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.
Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

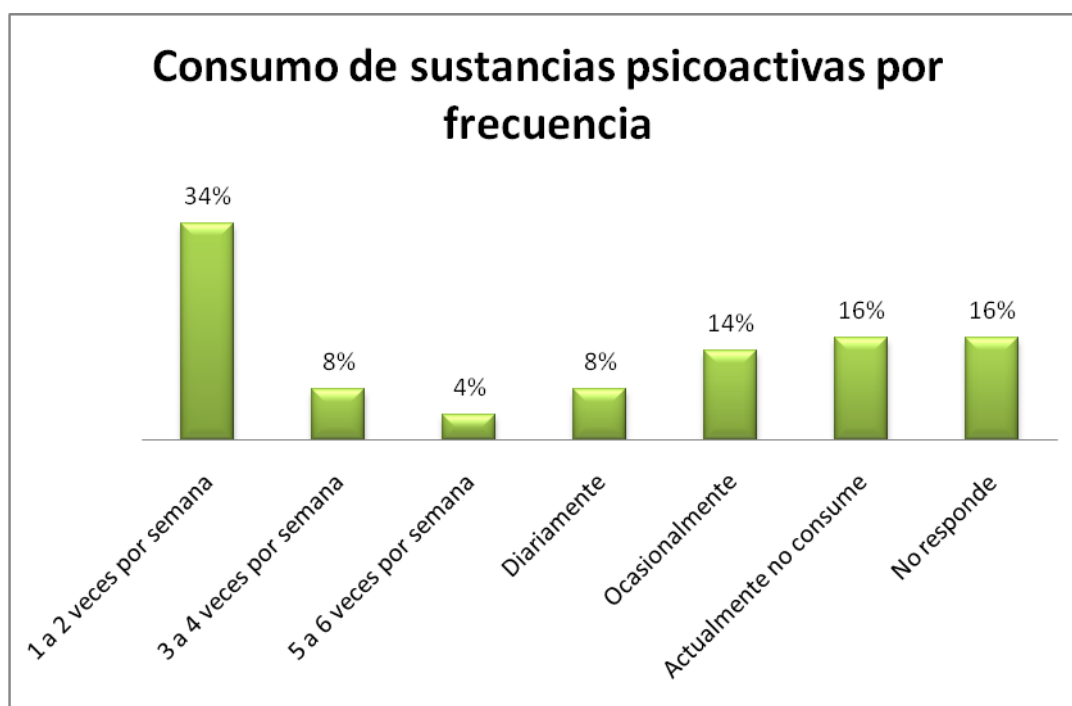
Respecto al inicio del consumo de sustancias, encontramos que a medida que va aumentando la edad se nota un incremento en el consumo; en el caso del consumo de alcohol, el 47% inicia a los 12 a 15 años, para la marihuana se inicia a partir de los 15 a 18 años con el 61%, al igual que la heroína con el 52%, esto se debe a que tienen más acceso a este tipo de sustancia, ya sea en su entorno escolar, social o familiar. En la relación al consumo de tabaco, encontramos que el 46% lo inicia a partir de los 15 a 18 años, el 43% entre los 12 a 15 años, llama la atención la presencia de inicio de consumo de heroína en menores de 12 años con un 17%, un 30% entre 12 y 15 años, motivo preocupante, puesto que se sospecha de la veracidad de las respuestas de los adolescentes.

Cuadro No. 7

Total de consumo de sustancias psicoactivas según frecuencia

Indicador	Totales	
	Número	Porcentaje
1 a 2 veces por semana	1343	34%
3 a 4 veces por semana	347	8%
5 a 6 veces por semana	149	4%
Diariamente	343	8%
Ocasionalmente	588	14%
Actualmente no consume	674	16%
No responde	677	16%
Total	4121	100%

Gráfico No. 7



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.
Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

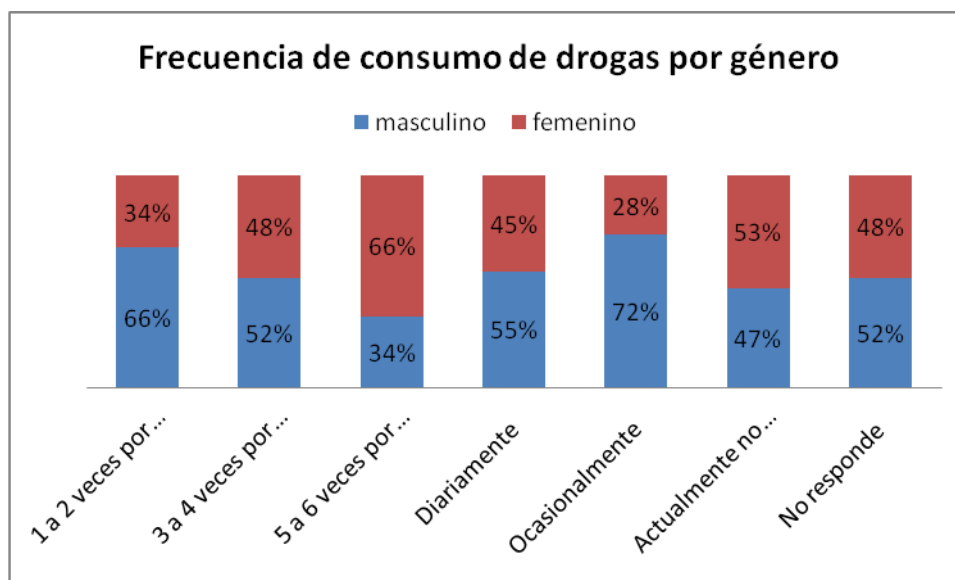
Dentro del panorama global podemos observar que la mayor frecuencia de consumo es de 1 a 2 veces por semana con el 34%, seguida de consumidores ocasionales con un 14%. Mientras que nos encontramos con igual porcentaje (16%) tanto para los que dicen actualmente no consumir como para los que no respondieron.

Cuadro No. 8

Distribución del consumo de sustancias psicoactivas según frecuencia.

Indicador	Masculino		Femenino		TOTAL
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
1 a 2 veces por semana	890	66%	453	34%	1343
3 a 4 veces por semana	180	52%	167	48%	347
5 a 6 veces por semana	51	34%	98	66%	149
Diariamente	189	55%	154	45%	343
Ocasionalmente	421	72%	167	28%	588
Actualmente no consume	320	47%	354	53%	674
No responde	351	52%	326	48%	677
Total	2402	58%	1719	42%	4121

Gráfico No. 8



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.

Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

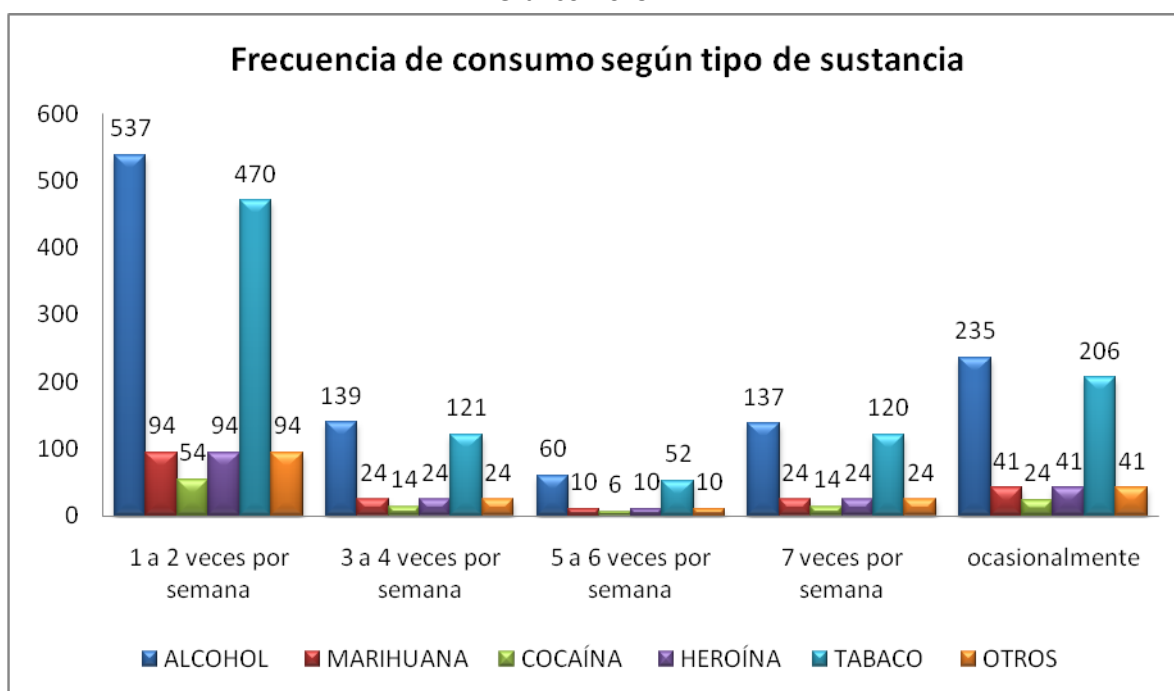
Al hacer un análisis de la frecuencia de consumo y género, tenemos que el consumo ocasional es mayor en varones con un 72%. El consumo de 1 a 2 veces por semana es mayor en varones con un 66%, mientras que en las mujeres el consumo de 5 a 6 veces por semana es mayor con un 66% en relación a los varones con un 34%, notando que hay mas consumo en el género femenino.

Cuadro No. 9

Distribución de frecuencia de consumo según tipo de sustancia

Frecuencia	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Heroína	Tabaco	Otros	Total	Porcentaje
1 a 2 veces por semana	537	94	54	94	470	94	1343	34%
3 a 4 veces por semana	139	24	14	24	121	24	347	8%
5 a 6 veces por semana	60	10	6	10	52	10	149	4%
7 veces por semana	137	24	14	24	120	24	343	8%
ocasionalmente	235	41	24	41	206	41	588	14%
Actualmente no consume							674	16%
No contesta							677	16%
Total	1108	194	111	194	970	194	4121	100%

Gráfico No. 9



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.

Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

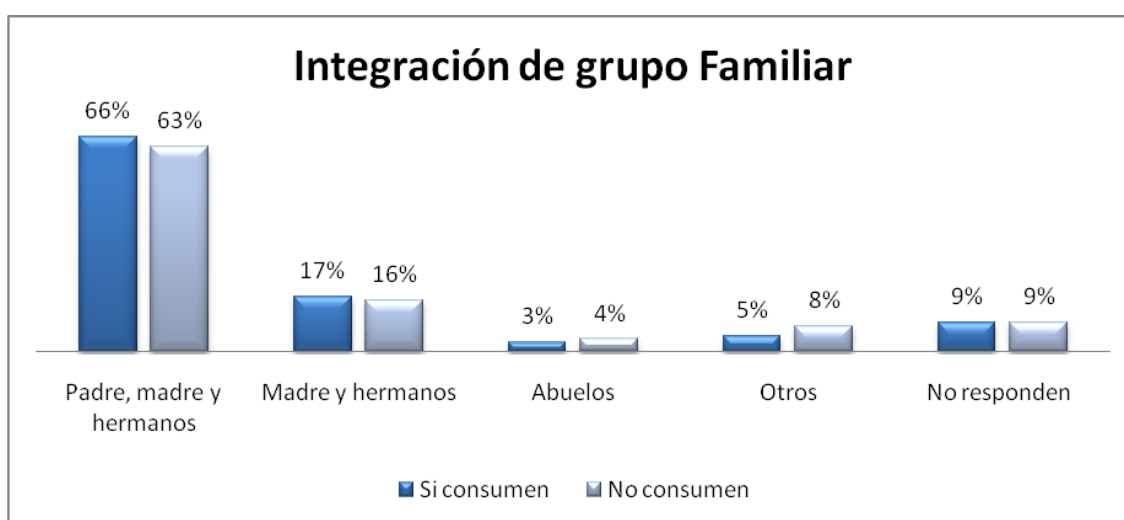
En los datos de la tabla 9, se resume la información sobre el porcentaje de adolescentes que consumen sustancias. Según la frecuencia de consumo cabe destacar que, de entre los adolescentes que consumen tabaco y alcohol, la opción con mayor porcentaje es “de 1 a 2 veces por semana”. En cualquier caso, en ambos consumos (alcohol y tabaco) a los adolescentes que no consumen a diario, lo hacen en forma ocasional. Entre las sustancias ilegales más regulares por su consumo tenemos: la marihuana, heroína y cocaína y otras (se incluye el crack, pegamentos y disolventes)

Cuadro No. 10

Grupo Familiar

¿QUIÉNES CONFORMAN TU GRUPO FAMILIAR?	Si consumen		No consumen		Totales	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Padre, madre y hermanos	2720	66%	1075	63%	3795	65%
Madre y hermanos	701	17%	273	16%	974	17%
Abuelos	124	3%	68	4%	192	3%
Otros	206	5%	137	8%	343	6%
No responden	371	9%	154	9%	525	9%
Total	4121	100%	1707	100%	5828	100%

Gráfico No. 10



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.

Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

De acuerdo a la integración del grupo familiar, encontramos que tanto los adolescentes que consumen y los que no consumen, 66% y 63%, viven con sus padres, madres y hermanos, es decir, tienen un núcleo familiar bien definido. Un 17% y 16%, respectivamente, viven con uno solo de sus progenitores (madre o padre) y sus hermanos, es decir, existe una fragmentación familiar, y el resto vive con abuelos, y otros familiares.

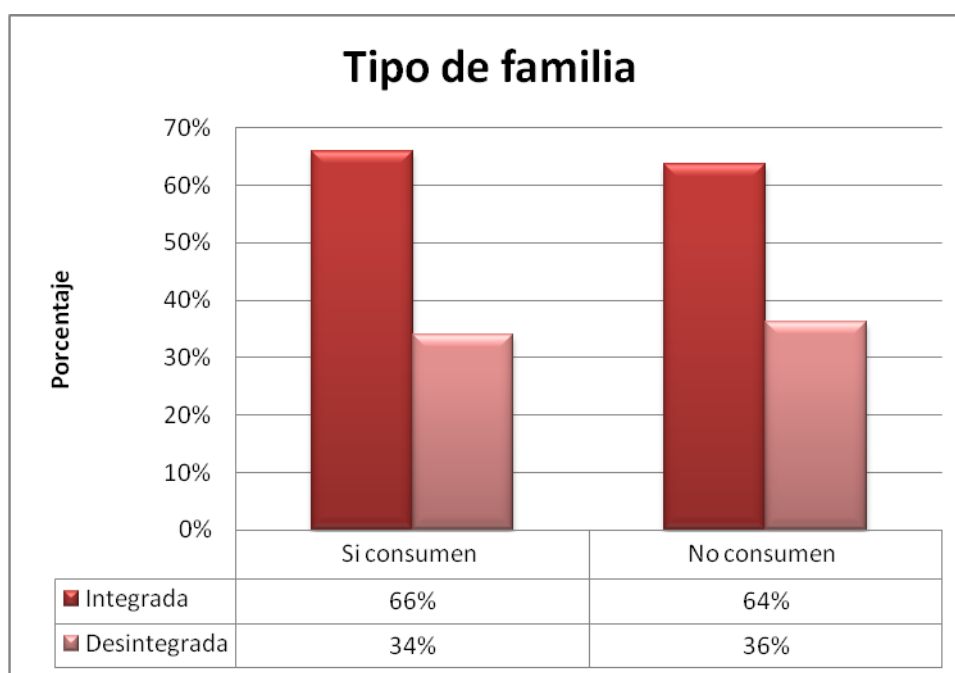
Nótese que en ambos casos, tanto los que consumen como los que no consumen tienen similar porcentaje en cuanto a la desintegración familiar (34% y 37%), es decir, viven con sus padres o madres, abuelos, tíos, hermanos, muchos ellos tienen a sus padres divorciados, separados o han sido abandonados y terminan viviendo con sus abuelos o tíos, aquí se incluyen también a los hijos de migrantes.

Cuadro No. 11

Tipo de familia

Indicador	Si consumen		No consumen		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Integrada	2720	66%	1088	64%	3808	55%
Desintegrada	1401	34%	619	36%	2020	45%
Total	4121	100%	1707	100%	5828	100%

Gráfico No. 11



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.

Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

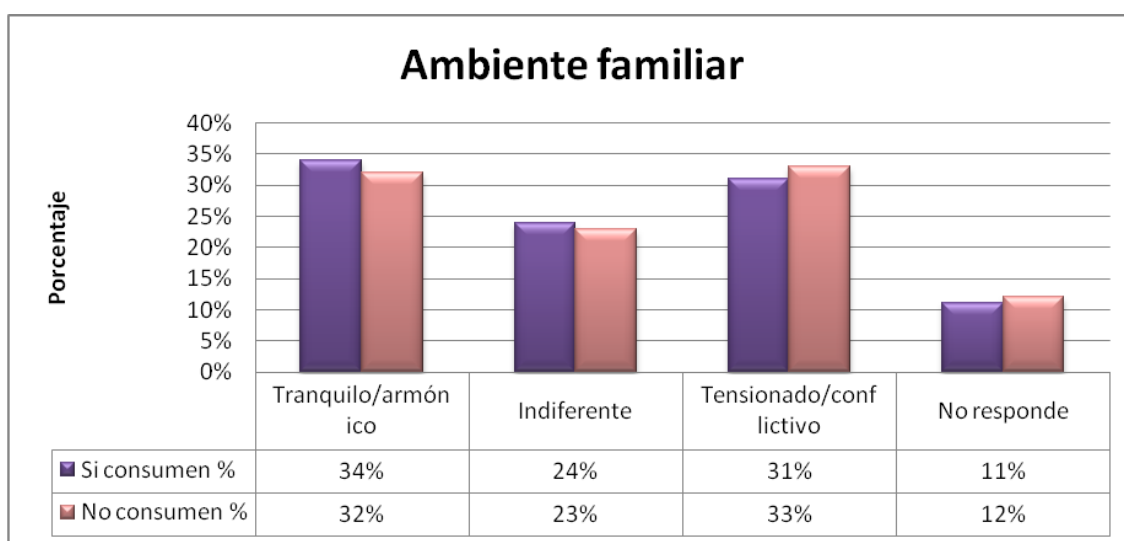
Al distribuir a los adolescentes según su integración familiar y el consumo de drogas la proporción fue similar, observando que tanto para los que si consumen o no consumen (66% y 64%), presentaron una dinámica familiar integrada y el 34% y el 36%, respectivamente con dinámica funcional desintegrada. Observamos así que al menos en el presente estudio no es concluyente contrario a otras investigaciones.

Cuadro No. 12

Ambiente Familiar

Indicador	Si consumen		No consumen		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Tranquilo/armónico	1391	34%	547	32%	1938	33%
Indiferente	992	24%	398	23%	1390	24%
Tensionado/conflictivo	1268	31%	565	33%	1833	31%
No responde	471	11%	197	12%	668	11%
Total	4121	100%	1707	100%	5828	100%

Gráfico No. 12



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.

Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

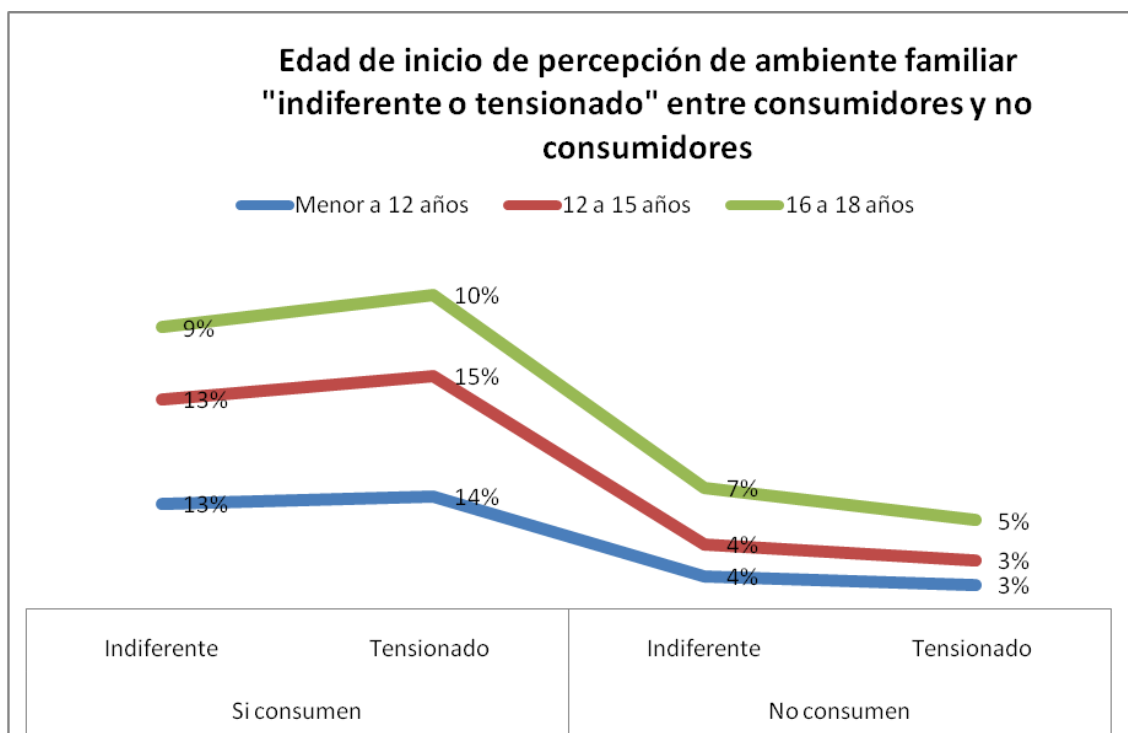
En relación al ambiente familiar y al consumo, tenemos que el 34% y 32% de los adolescentes que si consumen y no consumen, respectivamente, viven en hogares tranquilos y armónico desde de punto de vista de los adolescentes, el 31% de los consumen y el 33% de los que no consumen, refieren vivir en hogares tensionados/ conflictivos.

Cuadro No. 13

Distribución de frecuencia según ambiente familiar indiferente o tensionado y edad de percepción de esto. “¿Desde hace que tiempo sucede esto? “

Tiempo	Si consumen		No consumen		Total	Porcentaje
	Indiferente	Tensionado	Indiferente	Tensionado		
Menor a 12 años	456	501	137	100	1194	33%
12 a 15 años	482	529	159	115	1285	36%
16 a 18 años	330	362	252	183	1127	31%
TOTAL	1268	1392	548	398	3606	100%

Gráfico No. 13



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.
Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

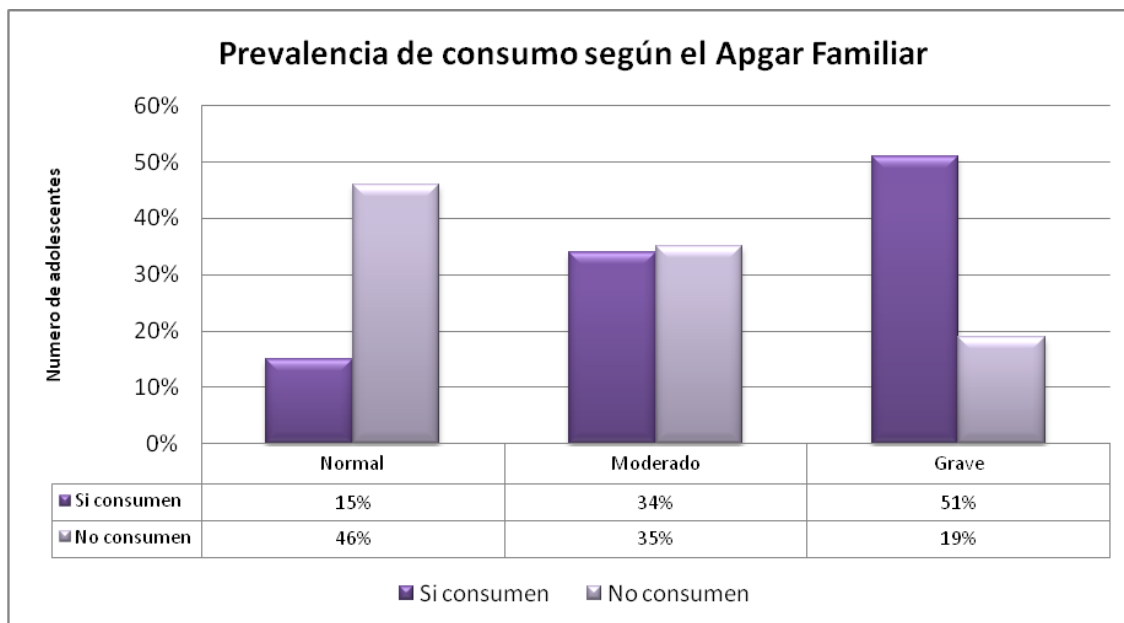
Según el ambiente familiar percibido por los adolescentes encuestados, podemos apreciar que en mayor porcentaje los adolescentes que consumen algún tipo de sustancias perciben un ambiente familiar indiferente o tensionado, tanto en menores de 12 años como en adolescentes 12 a 15 años y de 16 a 18 años.

Cuadro No.14

Prevalencia de consumo según el APGAR Familiar

APGAR familiar	Si consumen		No consumen		Totales	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Normal	618	15%	785	46%	1403	24%
Moderado	1401	34%	598	35%	1999	34%
Grave	2102	51%	325	19%	2427	42%
Total	4121	100%	1707	100%	5828	100%

Gráfico No. 14



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.

Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

Al relacionar el APGAR familiar y el consumo, encontramos que el 52% de los consumidores, tienen una funcionalidad grave y conflictiva, el 34% aduce una relación medianamente moderada, es decir, entre los adolescentes consumidores, su ambiente familiar es desfavorable.

Al contrario que en los adolescentes que no consumen su ambiente familiar es un 46% normal, y un 35% moderado, como se puede apreciar en ambos grupos existe un ambiente algo tenso en las relaciones familiares, pero sin embargo, en la situación actual, no implica marcar como factor de riesgo, ya que muchos de ellos ya consumen o consumieron alguna vez sustancias

El nivel de funcionalismo familiar en un momento determinado puede afectar a aquellas influencias familiares controlables por el hombre, de manera tal que éstas se reflejen positiva o negativamente en la salud de sus individuos. De igual manera, el funcionalismo familiar puede verse alterado por cualquiera de las otras variables que configuran el ambiente social.

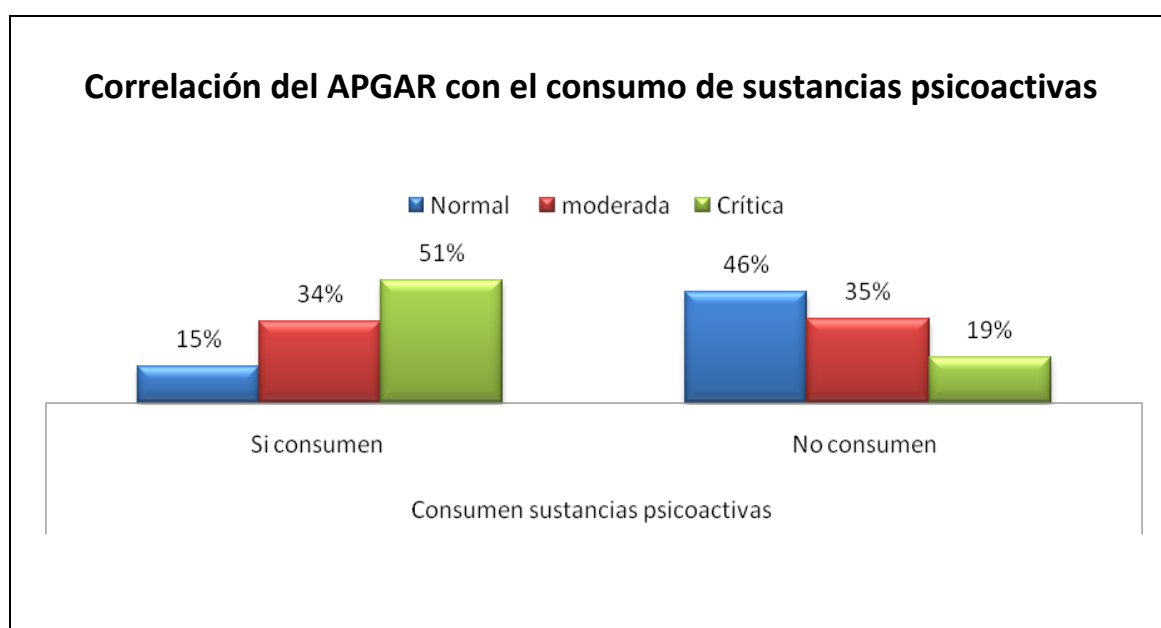
Cuadro No. 15

Correlación del grado de disfunción familiar percibida por los adolescentes (APGAR) y el consumo de sustancias psicoactivas.

Indicador	Consumen sustancias psicoactivas				Total	
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Número	Porcentaje
Normal	618	15%	326	46%	1095	49%
moderada	1401	34%	601	35%	2002	34%
Crítica	2102	51%	780	19%	944	16%
Total	4121	100%	1707	100%	5828	100%

Pearson 0,995985

Gráfico No. 15



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.

Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

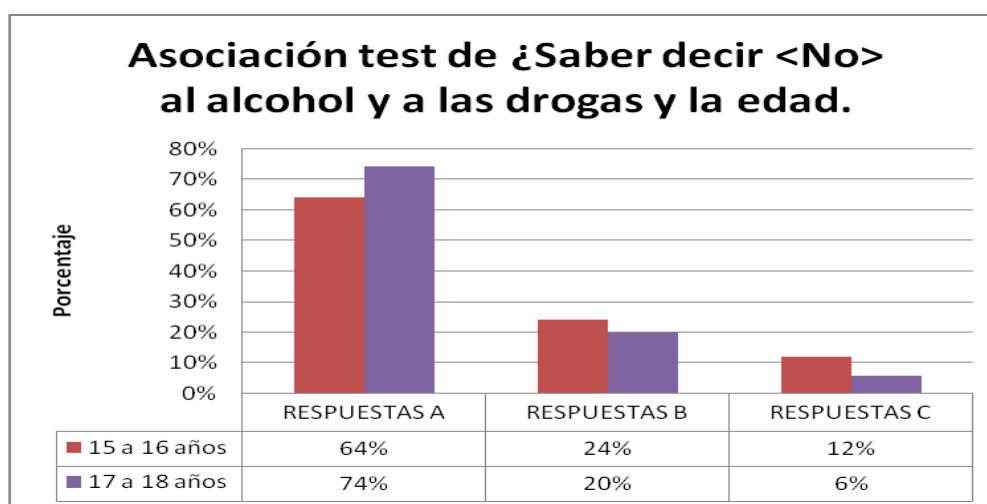
Al correlacionar las variables disfunción familiar y consumo de drogas por medio de Pearson (0,9959859) resultó ser significativa, es decir, existe una relación mientras más conflictiva es la disfunción familiar más alto es el índice del consumo. Queda claro que el objetivo se ha cumplido con la observación antes mencionada.

Cuadro No. 16

Saber decir No al Alcohol y las drogas.

Indicador	15 a 16 años		17 a 18 años		Totales	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Respuestas a	1866	64%	2156	74%	4021	69%
Respuestas b	700	24%	583	20%	1282	22%
Respuestas c	350	12%	175	6%	525	9%
Total	2915	100%	2913	100%	5828	100%

Gráfico No. 16



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de 15 a 18 años de establecimientos educativos fiscales de la ciudad de Loja.
Elaboración: Rebeca Valdiviezo Condolo, María Charfuelán Espinoza

Análisis:

El 64% de los adolescentes entre 15 y 16 años están bien informados sobre las drogas, en similar condición (74%) los adolescentes de 17 a 18 años, son más asertivos y muestran más conocimiento sobre las drogas.

El 24% de los adolescentes entre 15 y 16 años muestran una cierta confusión sobre las drogas en general aunque no poseen un especial interés en ellas, al igual que los adolescentes de 17 a 18 años con un porcentaje de 20%.

El grupo de adolescentes en riesgo permanente y que están desinformados, son los que se encuentran entre los 15 a 16 años (12%) y 17 a 18 años (6%), ya que sus conocimientos sobre el tema son escasos, siendo un blanco fácil para los “camellos” porque se muestran muy tolerante hacia las drogas en general.



VII. DISCUSION

La presente investigación sobre prevalencia de uso de sustancias psicoactivas en adolescentes de 15 a 18 años de edad y determinación de su percepción de disfunción familiar se llevó a cabo en la ciudad de Loja, a los estudiantes de los colegios fiscales, motivada por la ausencia de datos sobre consumo de drogas en esta ciudad y porque esta ciudad tiene características comunes a las de otras ciudades del ámbito nacional en las que el consumo de drogas ilegales es un hecho preocupante por sus graves consecuencias, por lo que es necesario conocer lo más objetivamente posible la realidad de su consumo y la relación con la disfunción familiar percibida por adolescentes, puesto que ellos atraviesan una edad muy difícil por su inestabilidad biosicosocial.

El estudio tiene ciertas limitaciones debido a la metodología empleada ya que se trabajo con todo el universo, disminuyendo de esta forma la confiabilidad de los resultados.

En nuestro estudio, obtuvimos una población de 5828 se obtuvo en primera instancia un porcentaje similar entre géneros, 55% masculino y 45% femenino.

El porcentaje de adolescentes que consumen drogas es de 71% y los que no consumen de 29%, determinando así un elevado porcentaje de consumo.

Al calcular la prevalencia obtuvimos un resultado de: $P = 4121 / 5828 = 0.707 \times 100 = 70,7\%$

Al ser nuestro resultado un valor menor a uno significa que la prevalencia es menor en los no expuestos que en los expuestos al consumo de drogas.

La sustancia psicoactiva más consumida fue Alcohol: 34% y Tabaco: 20% y en similares proporciones Marihuana: 6%, Heroína: 6%, Cocaína: 3%, otros: 3%.

Cabe recalcar que en la "III Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en hogares 20007", el consumo de heroína en la población estudiada es de 0,1%, en contradicción con nuestro estudio que nos muestra un consumo del 6%, lo que nos da pensar la baja confiabilidad de los encuestados. En la encuesta antes mencionada muestra que el



consumo de marihuana sigue siendo el más difundido en la población con un 4.3%, seguido por la cocaína 1,3%

Al correlacionar las variables disfunción familiar y consumo de drogas por medio de Pearson (0,995985) resultó ser significativa, es decir, existe una relación mientras más conflictiva es la relación familiar más alto es el índice del consumo. Queda claro que el objetivo se ha cumplido con la observación antes mencionada.

Según el ambiente familiar percibido por los adolescentes encuestados, tenemos que de los 5828 no todos respondieron a qué edad percibieron esto. Del total de jóvenes estudiados solamente 3606 respondieron a la interrogante ya sea por miedo o vergüenza, esto se podría entender de alguna manera en la falta de confianza hacia el encuestador. Cabe mencionar que el porcentaje de adolescentes que perciben un ambiente familiar indiferente o tensionado es mayor en los consumidores que en los no consumidores, teniendo una diferencia muy significativa.

La influencia del hogar como factor desencadenante del consumo de drogas en adolescentes, es de suma importancia, al observar estos resultados se puede llegar a la conclusión que el mayor porcentaje de adolescentes se inclinan al consumo, ya sea porque buscan refugiarse en las drogas o porque buscan un medio para llamar la atención de sus padres, no siempre vivir en la misma casa implica que estoy pendiente de ti, son los momentos que se comparten los que tienen valor. La existencia de lazos afectivos fuertes y de una comunicación fluida entre los miembros de la familia es muy importante para la estabilidad emocional de sus componentes, Por el contrario, un clima familiar conflictivo (discusiones, ruptura familiar, etc.) o falta de afecto (incomunicación, ausencia de expresiones de cariño, frialdad afectiva, etc.) pueden favorecer la posibilidad de implicarse en un consumo de drogas.

Salva decir que el factor familiar podría considerarse como un detonante en el consumo de drogas de los adolescentes, punto importante en el momento de implementar medidas preventivas para evitar su consumo.



El 69% del total de adolescentes encuestados, están bien informados sobre las drogas. El 22% tienen una cierta confusión sobre las drogas; en general no muestran un especial interés por ellas. Y el 9% no poseen conocimientos suficientes sobre las sustancias psicoactivas y son el grupo de mayor riesgo.

Como hemos podido observar el mayor porcentaje de adolescentes indistintamente de la edad se encuentran bien informados acerca de las drogas y un porcentaje menor pertenece a los jóvenes cuyo conocimiento sobre las drogas es escaso.

Las metas fueron alcanzadas satisfactoriamente, se espera que esta clase de estudio sea la base para investigaciones posteriores y logre concienciar a los adolescentes sobre las consecuencias negativas a corto y largo plazo del consumo de drogas, promoviendo a tiempo actitudes positivas.



VIII. CONCLUSIONES

- El porcentaje del uso de sustancias psicoactivas en los adolescentes de 15 a 18 años de edad de los colegios fiscales de la ciudad de Loja es del 71%, y el 29% no consumen.
- Se obtuvo una prevalencia de consumo de 71%
- De las sustancias más consumidas son: el alcohol y tabaco punto importante a considerar en el momento de implementar medidas preventivas para evitar su consumo.
- Respecto al inicio del consumo de sustancias, encontramos que a medida que va aumentando la edad los años se nota un incremento en el consumo; siendo así mas común a partir de los 12 a 15 años, para sustancias legales y entre 15 a 18 años para sustancias ilegales.
- La frecuencia de consumo de mayor porcentaje es de 1 a 2 veces por semana, seguida del consumo ocasional.
- Al analizar la integración familiar y el consumo de drogas la proporción fue similar, observando que tanto para los que si consumen o no consumen (66% y 64%), presentaron una dinámica familiar integrada y el 34% y el 36%, respectivamente con dinámica funcional desintegrada.
- Según la edad a la que los adolescentes percibieron deterioro del ambiente familiar, tenemos que en el caso de los consumidores de sustancias, percibieron un ambiente indiferente o tensionado en alto porcentaje independientemente de la edad.



- Al correlacionar las variables disfunción familiar y consumo de drogas por medio de Pearson (0,995985) resultó ser significativa, es decir, existe una relación mientras más conflictiva es la relación familiar más alto es el índice del consumo.
- El 69% del total de adolescentes encuestados, están bien informados sobre las drogas. El 22% tienen una cierta confusión aunque en general no muestran un especial interés por ellas. Y el 9% no poseen conocimientos suficientes sobre las sustancias psicoactivas y son el grupo de mayor riesgo.



IX. RECOMENDACIONES

- Informar y Educar a la población en relación a los efectos de las drogas y promover el apoyo y la participación de los medios de Comunicación así como de las principales autoridades educativas.
- Realizar un Plan de Capacitaciones con el fin de promover entrenamientos adecuados a líderes y maestros para coordinar acciones a nivel comunitario y de barrios. Y lograr detectar factores de riesgo predisponentes al consumo de drogas en los y las adolescentes.
- Realización de cursos sobre manejo personal y familiar de situaciones de crisis.
- Crear estrategias organizativas y de coordinación en los Institutos que permitan involucrar a la familia en el proceso educativo de los estudiantes adolescentes en riesgo.
- Fomento de programas familiares y de apoyo espiritual, en donde también haya participación del equipo médico, psicólogos, iglesia, sectores sociales e instituciones públicas y privadas, que disminuyan los factores de riesgo relacionados con disfunción familiar.
- Incluir en próximos estudios el consumo habitual y conocer las diferencias con el consumo experimental, o de alguna vez en la vida



X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GAU, Arturo y MENENGHELLO, Julio, PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA – Textos de Pediatría en diálogos
2. TAYLOR, Robert, MEDICINA DE FAMILIA—Principios y Práctica, SEXTA EDICION
3. COHEN, S. “The volatile nitrates”. Journal of the American Medical Association 241:2077-2078, 1979.
4. RUBINSTEIN, Adolfo; TERRASA, Sergio; DURANTE, Eduardo; RUBINSTEIN, Esteban; CARRETE, Paula, MEDICINA FAMILIAR Y PRACTICA AMBULATORIA. – Editorial médica Panamericana, Pág: 425.
5. MCANARNEY, Kreipe; ORR, Comerci, MEDICINA DEL ADOLESCENTE.- Editorial Medica Panamericana.
6. VELASCO, Rafael; ALCOHOLISMO VISION INTEGRAL, Editorial Trillas.
7. MADUEÑO, Conchita; TESTS PARA ADOLESCENTES- Editorial LIBSA. Pág. 273-274.
8. ZURRO, A. Martín ; CANO PEREZ, J.F – ATENCIÓN PRIMARIA, Conceptos, Organización y Práctica Clínica – 5ta. Edición. Volumen 1. Editorial ELSEVIER. Pág. 166.
9. PAPALIA, Diane E. OLDS, Rally W. “ Desarrollo Humano” Ed. Interamericana, Cuarta Edición Colombia 1992
10. GÓMEZ DE SILVA G. Breve diccionario etimológico de la lengua española, Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 2001.
11. PAPALIA diane e. rally wendkos olds1997:desarrollo humano ;sexta edición mcgraw-hill Papalia 1997p.387
12. PAPALIA, d.e., olds, s.w., feldman, r.d.(2005). psicología del desarrollo humano. 9° edición. españa: ed. macgraw-hill interamericana.
13. BERWART, H. y Zegers, B. (1980). Psicología del Adolescente. Santiago, Chile: Ed. Nueva Universidad
14. KRAUSKOPF, D. Dimensiones del desarrollo y la salud mental en la adolescencia en indicadores de salud en la adolescencia. o.p.s. san José de costa rica, 1995.
15. GONZÁLES Rey Fernando; “Motivación Moral En adolescentes y Jóvenes” Ed. Científico Ciudad de la Habana; Cuba 1990
16. SAUCEDA GJM. Normalidad y psicopatología en la adolescencia. *Rev Mex Pediat* 1994; 61: 153-157.
17. GONZALEZ-FORTEZA CF, Salgado VN, Andrade P. Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. *Salud Mental* 1993; 16: 16-21.
18. LEWIS M, Volkmar F. *Clinical aspects of child & adolescent development*. Philadelphia, EUA: Editorial Lea & Febiger, 1990; 211-252.



19. MIGUEZ, Hugo. USO DE SUSTANCIAS PCICOACTIVAS- Investigación y Prevención Comunitaria. Editorial Paidos.
20. KAZDIN, Alan. METODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA. 3era. Edición. Editorial Prentice Hall.
21. SANCHEZ, Xavier. CONDUCTAS ADICTIVAS. Capítulo XVIII. Pág. 597-631.
22. JARNE, Adolfo; TALAM, Antoni. MANUAL DE PSICOPATOLOGIA CLINICA.
23. SAUCEDA GJM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. *Rev Med IMSS* 1991; 29: 61-67.
24. CARAVEDO, B. (1968) Psiquiatría y familia. Rd. Consejo Nacional de Menores, Perú
25. VIDAL, G. – ALARCÓN, R. (1986) Psiquiatría. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires- Argentina
26. MINUCHIN, S. (1982) Familias y terapia familiar. Edit. Gedisa. Buenos Aires-Argentina
27. SATIR, V. (1981) Relaciones humanas en el núcleo familiar. Editorial PAX, México
28. MINUCHIN S, Fishman HCh. *Técnicas de terapia familiar*. México: Editorial Paidos, 1996; 25-41.
29. SAUCEDA GJM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. *Rev Med IMSS* 1991; 29: 61-67.
30. SAUCEDA GJM. Normalidad y psicopatología en la adolescencia. *Rev Mex Pediat* 1994; 61: 153-157.
31. GONZALEZ-Forteza CF, Salgado VN, Andrade P. Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. *Salud Mental* 1993; 16: 16-21.
32. LEWIS M, Volkmar F. *Clinical aspects of child & adolescent development*. Philadelphia, EUA: Editorial Lea & Febiger, 1990; 211-252.
33. BEE, H. Y MITCHELL, S. (1990) El desarrollo de la persona. Ed. Harla, México
34. HOFFMAN, L. y PARIS, H. (1996) Psicología del desarrollo hoy. Ed. McGraw-Hill, España
35. AQUILINO Polano Lorente, Pedro Martinez Cano; EVALUACION PSICOLOGICA Y PSICOATOLOGICA DE LA FAMILIA- - Instituto de Ciencias para la Familia- 2da Edición
36. TOMAS, J. Bargada, M. Valoración de la familia en situaciones de crisis. Congreso Pediatría. 2002.
37. CHAVEZ Jorge; *INTRODUCCION A LA MEDICINA GENERAL — UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI – 1992*
38. PLAZA y Valdes, Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes; 2da Edición. 2001
39. JERRY M Wiener, Jerry M. (Wiener Mina K. Dulcan American Psychiatric Publishing, Mina K. Dulcan; Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia, Elsevier España, 2006
40. GALLEGO, José Andrés; PEREZ ADÁN José ; Pensar la familia Volumen 18, Ediciones Palabra, 2001
41. MARTÍN López Enrique; Familia y sociedad: una introducción a la sociología de la familia
Colección Textos Del Instituto de Ciencias para la Familia Series Instituto de ciencias para la familia, Ediciones Rialp, 2000
42. SALAZAR I, EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS. Pontificia universidad Javeriana Santiago de Cali, Colombia. Pag: 1-38.



43. LORENZO A, CASTRO A, ALCOHOL Y SISTEMAS NERVIOSO CENTRAL, Adicciones, Vol 18, Supl.1.
44. ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA, Editorial Oceano, Pag: 62 – 65
45. DROGAS. OPS. VOL 107, No.6. Pág. 475, 575.
46. BARLOW D, PSICOPATOLOGIA, TERCERA EDICION. Editorial Thomson. Pag: 360 – 361
47. PACUAL JR, FERNANDEZ B, CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE DROGAS DE ABUSO, Editorial MEDISAN, Pag: 58-71.
48. MARTINEZ Mario, RUBIO Gabriel, MANUAL DE DROGODEPENDENCIAS PARA ENFERMERIA, Editorial DIAZ DE SANTOS, Pag: 1-3
49. DENIS R, LAS DROGAS, Editorial SIGLO XXI , Editores Argentina, Tercera Edición, Pag: 45
50. ERNEST L, MARIHUANA, TABACO, ALCOHOL Y REPRODUCCION, Editorial DIAZ DE SANTOS, Pag:15
51. LORENTE A, HERAS J, COMO PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS, Editorial PALABRA S.A, Séptima Edición, Pag: 34
52. AVRAM, Mack, JHON E, FRANKLIN, Jr, FRANCES, Richard, GUIA TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO Y LAS ADICCIONES, Editorial MASSON, Pag: 14-23
53. NORTH, Robert, ORANGE, Richard, EL ALCOHOLISMO EN LA JUVENTUD, Editorial Arbol S.A, Pag: 25-30
54. CAÑAL, Maria Josefa, ADICCIONES COMO PREVENIRLAS EN NIÑOS Y JOVENES, Editorial NORMA, Pag: 145 – 148
55. SEIDENBERG, Andre, HONNEGER Ueli, METADONA, HEROÍNA Y OTROS OPIOIDES, Manual para un Tratamiento Ambulatorio de Mantenimiento con Opioides, Editorial, DIAZ DE SANTOS, Pag: 57 – 63
56. AMERICAN, Psychiatric Press, DSM – IV, TRATADO DE PSIQUIATRÍA, Editorial MASSON, Tercera Edicion, Pag: 114
57. LORENZO, Pedro, DROGODEPENDENCIAS, Farmacología, Patología, Psicología, Legislación, Editorial MEDICA PANAMERICANA, Pag: 125-150
58. GARCIA, Carmen, TABACO, Que son las Drogas, Editorial ARBOL, Pag: 70 – 75
59. BECOÑA, Elisardo, TABACO, Prevención y Tratamiento, Editorial PIRAMIDE, Pag: 98 – 110
60. RESPIRA, Fundación Española del Pulmón, MANUAL DE TABQUISMO. Editorial ELSEVIER, Pag: 35
61. PELAEZ, Paula, MARIHUANA, ¿La Droga Inocente?, Editorial ANDRES BELLO, Pag: 45
62. EARLEYWINE, Mitche, ENTENDER LA MARIHUANA, Reconsiderando la Evidencia Científica, Editorial MASSON, Pag: 87
63. VINASCO, Arnulfo, COCAINA, Viaje sin Regreso, Editorial NUEVAS EDICIONES, Pag: 36 – 45



64. DE LA GARZA, Fidel, ADOLESCENCIA MARGINAL E INHALANTES, Editorial TRILLAS, Pag: 127
65. GOMEZ, Carlos, HERNANDES, Guillermo, URIBE, Miguel, FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRI CLINICA: Niños, Adolescentes y Adultos, Editorial JAVERIANO, Pag: 595 – 600
66. MOORE, David, JEFFERSON, James, MANUAL DE PSIQUIATRIA MEDICA, Editorial ELSEVIER, Pag: 72
67. HYMAN, Steven, TESAR, George, MANUAL DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS, Editorial MANSSON, Tercera Edicion, Pag: 333
68. www.utcas.org/uto/castellano/infotrastornos/infoApgarFamiliar.asp
69. SMILKSTEIN G. The family APGAR: Aproposal for a family function test and its used by physicians. J FamPract 1978; 6: 12-31.



XI. ANEXOS

ENCUESTA

Lea detenidamente cada una de las preguntas y luego conteste con la mayor honestidad posible. Recuerde que la encuesta es personal y confidencial por lo que no debe colocar su nombre.

Sexo: M () F ()

.....

Edad:

1. ¿Qué personas crees tú que son más propensas al uso de drogas?

- a. Artistas o actores famosos ()
- b. Jóvenes pertenecientes a pandillas ()
- c. Jóvenes poco sociables ()
- d. Cualquier persona ()

2. Ha consumido alguna de las siguientes sustancias?

Alcohol () Marihuana () Cocaína () Heroína () Tabaco () Otros: cual?
..... () Ninguna ()

3. ¿Si ha consumido alguna de las sustancias mencionadas anteriormente, señale a qué edad empezó a consumirla?

Alcohol

Menor a 12 años ()
12 – 15 años ()
15 – 18 años ()

Marihuana

Menor a 12 años ()
12 – 15 años ()
15 – 18 años ()

Cocaína

Menor a 12 años ()
12 – 15 años ()
15 – 18 años ()

Heroína

Menor a 12 años ()
12 – 15 años ()
15 – 18 años ()

Tabaco

Menor a 12 años ()
12 – 15 años ()
15 – 18 años ()

Otros: cual? ()

Menor a 12 años ()
12 – 15 años ()
15 – 18 años ()

4. ¿Con que frecuencia consumes la sustancia anteriormente mencionada?

- a. 1- 2 veces por semana ()
- b. 3- 4 veces por semana ()



- c. 5- 6 veces por semana ()
- d. 7 veces o más ()
- e. Ocasionalmente ()
- f. Actualmente no consume ()

5. ¿Quiénes conforman tu grupo familiar?

- a. Padre, madre y hermanos ()
- b. Madre y hermanos ()
- c. Abuelos ()
- d. Otros () Indique _____

6. ¿De qué tipo es tu familia?

- a. Integrada. (Ambos padres viven juntos). ()
- b. Desintegrada. (Los padres no viven juntos)). ()

7. ¿Cuál es el ambiente dentro de tu familia?

- a. Tranquilo / armónico. ()
- b. Indiferente. ()
- c. Tensionado / conflictivo. ()

8. Si señaló b o c de la pregunta anterior, desde hace que tiempo sucede esto?

- a. Menor a 12 años ()
- b. 12 – 15 años ()
- c. 15 – 18 años ()

9. Lea detenidamente cada pregunta y marque su respuesta con una X según corresponda

APGAR Familiar	Nunca	Algunas veces	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor			
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero			



**10. Lea detenidamente cada pregunta y marque su respuesta con una X según corresponda:
 a, b o c.**

1. Para ti las personas se hacen adictas al tabaco, alcohol u otras drogas:	
a. Porque imitan a otros	
b. Porque no saben controlarse. A ti no te pasaría.	
c. Porque les gusta sencillamente	
2. Qué piensas del alcohol:	
a. Es una droga peligrosa	
b. Es una sustancia que puede ser dañina si abusas de ella	
c. No puede ser malo cuando los mayores lo beben	
3. Si estas en un grupo de amigos bebedores que te invitan a acompañarles:	
a. Te sientes incomodo y te escabulles	
b. Es probable que bebas también para no desentonar.	
c. Piensas que cada cual es dueño de su vida	
4. Eres de los que piensas que..:	
a. Fumar puede hacerte daño con el tiempo	
b. Si fumas poco no te pasa nada	
c. El fumar te hace parecer mayor, mas independiente, y gustas mas al sexo opuesto	
5. Crees que fumar un "porro" (cigarro de marihuana) es un paso hacia drogas mas duras:	
a. Las estadísticas demuestran que si lo es	
b. Para ciertas personas pero no para todas	
c. En absoluto. Es una droga que no tiene ningún peligro.	
6. Tu mejor amigo te ofrece una sustancia para animarte:	
a. Le dices que no necesitas nada para animarte	
b. Le dices que no, pero si se pone muy pesado lo pruebas un poco.	
c. No te puedes negar. Dejaría de ser tu amigo	



7. La gente que consume cocaína los fines de semana:	
a. Es una manera nueva de tomar cocaína	
b. No son en realidad adictos a esa droga	
c. Demuestran mucho control	
8. La cocaína es menos dañina que la heroína:	
a. Presenta daños diferentes	
b. Según las personas	
c. Es una afirmación verdadera	
9. Consumir cocaína en las fiestas:	
a. Significa que eres un adicto a ella	
b. No tiene ninguna consecuencia importante	
c. Te hace moderno	
10. Inhalar cualquier otra sustancia:	
a. Te destruye el cerebro	
b. No importa de vez en cuando	
c. Es una adicción inofensiva	

Gracias por tu aporte.....



Señor

DIRECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA _____

Presente

De nuestra consideración:

Por medio de la presente nos dirigimos a usted con el fin de solicitarle; nos permita realizar en la unidad educativa a su cargo; nuestro proyecto de fin de carrera cuyo tema es: "USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS DE EDAD DE LOS COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE LOJA, Y DETERMINACION DE SU PERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR" para lo cual requerimos, previo consentimiento informados, la realización de encuestas a los estudiantes de quinto y sexto curso.

Y así de esta manera poder adquirir el título de profesional.

Le anticipamos nuestros agradecimientos

Atentamente

María Eliana Charfuelán Espinoza

Rebeca del Cisne Valdiviezo Condolo

Estudiantes de la Escuela de Medicina

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

COLEGIO:

En forma libre y voluntario Yo,

Manifiesto que: me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este proyecto de investigación, el cual además guarda absoluta reserva en cuanto a la identidad de los participantes; por lo tanto, doy mi consentimiento para colaborar con este estudio realizado por las estudiantes de la Escuela de Medicina de la UTPL.
