



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

TEMA:

**CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES
DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018**

AUTOR:

DRA. GERMANIA MARIANA ROSERO MORA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TUTOR:

DRA. GEORGINA JIMÉNEZ ESTRADA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Germania Mariana Rosero Mora*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre del año 2018

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Georgina Jiménez Estrada

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, *Germania Mariana Rosero Mora*

DECLARO QUE:

El trabajo de investigación «*Caracterización del consumo de drogas en adolescentes de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero*» previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre del año 2018

EL AUTOR:

Germania Mariana Rosero Mora



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN:

YO, *Germania Mariana Rosero Mora*

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: «*Caracterización del consumo de drogas en adolescentes de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero*», cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre del año 2018

EL AUTOR:

Germania Mariana Rosero Mora

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Germania Rosero Mora.docx (D45775075)
Submitted: 12/14/2018 5:54:00 PM
Submitted By: pdjr1315@gmail.com
Significance: 3 %

Sources included in the report:

TESIS.docx (D45651324)
JOSMARY SILVIA HEREDIA FLORES.docx (D45687554)
<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-07/drogodependencias-en-el-adolescente-actuacion-desde-la-consulta/>
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-consumo-dealcohol-drogas-adolescentes-S0716864011703972>
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>
<http://cursosaepp.exlibrisediciones.com/files/49-216-fichero/T%C3%B3xicos%20y%20alcohol.pdf>
https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Informes/Estudio_Comparativo2006.pdf

Instances where selected sources appear:

17

1 Agradecimiento

A todos los que formaron parte de este proceso, sin mencionar nombres para no olvidar ninguno. Al país amigo que envía a sus profesionales para formar seres humanos profesional y humanamente. Gracias a Cuba, a sus médicos que dejan su hogar, su familia, sus amigos, para llevar a otros lugares sus conocimientos, con el mayor ejemplo de sacrificio amor y entrega.

A diario en este tiempo casi 36 meses han formado a esta médico Familiar y Comunitaria. ¡Solo gracias!

2 Dedicatoria

A Dios por un día más de vida...



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA:	"CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018"
ALUMNO:	ROSERO MORA GERMANIA MARIANA
FECHA:	

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones:

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS
 DIRECTOR DEL POSGRADO MFC
 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
 COORDINADORA DOCENTE
 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
 Oponente
 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

5 ÍNDICE DE GENERAL

1. AGRADECIMIENTO	VI
2. DEDICATORIA	VII
3. TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
4. ACTA DE SUSTENTACIÓN	IX
5. INDICE GENERAL	X
6. ÍNDICE DE TABLAS	XII
7. ÍNDICE DE ANEXOS	XIV
8. RESUMEN	XV
9. ABSTRACT	XVI
10. INTRODUCCIÓN	2
11. EL PROBLEMA	7
11.1. IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	7
11.2. FORMULACIÓN	8
12. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	9
12.1. GENERAL	9
12.2. ESPECÍFICOS	9
13. MARCO TEÓRICO	10
13.1. DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE DROGAS	10
13.2. DROGAS Y SU CLASIFICACIÓN	11
13.2.1. Modelo modificado de estrés social	11
13.2.2. Patrones de consumo	15
13.3. EPIDEMIOLOGÍA DE CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES	17
13.3.1. Clasificación del predominio de consumo de drogas de acuerdo al tiempo transcurrido luego de su último consumo	18
13.3.2. Epidemiología de las drogas a nivel del mundo	18
13.3.3. Epidemiología de las drogas en Latinoamérica	18
13.3.4. Epidemiología de las drogas de los adolescentes de la parroquia Ximena y de estudiantes de enseñanza media del Ecuador	19
13.4. TIPOS DE CONSUMIDORES	20
13.4.1. Consumidor experimental	20
13.4.2. Consumidor ocasional, social o recreacional	20
13.4.3. Consumidor habitual	21
13.4.4. Consumidor perjudicial o abusador	21
13.4.5. Consumidor dependiente	21
13.5. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL CONSUMO DE DROGAS	22
13.5.1. Factores de riesgo individuales	22
13.5.2. Factores de riesgo escolares	23
13.5.3. Factores de riesgo del grupo de amigos	24
13.5.4. Factores de riesgo familiares	24
13.5.5. Factores más y menos definidos para el uso de drogas	25
13.6. MANIFESTACIONES FARMACOLÓGICAS DE LAS ADICCIONES	25

13.6.1. Tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.....	25
14. MÉTODOS	26
14.1. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	26
14.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
14.2.1. Criterios y procedimientos de selección de los participantes del estudio o de la muestra	27
14.2.2. Procedimiento de recolección de la información	27
14.2.3. Técnicas de recolección de la información.....	30
14.2.4. Técnicas de análisis estadístico.....	31
14.3. VARIABLES.....	32
14.3.1. Operacionalización de variables	32
15. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
16. CONCLUSIONES	51
17. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	52
18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
19. ANEXOS.....	62

6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CONSUMIDORES O NO DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018	34
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CONSUMIDORES SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018	35
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CONSUMIDORES SEGÚN AUTO IDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018.....	36
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CONSUMIDORES SEGÚN INSTRUCCIÓN ESCOLAR DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018	36
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO CON FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES PARA EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018	37
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD CON FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES PARA EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018	38
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO CON FACTORES DE RIESGO FAMILIARES PARA EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018	39
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD CON FACTORES DE RIESGO FAMILIARES PARA EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018	39
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO CON FACTORES DE RIESGO ESCOLARES PARA EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018	41
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD CON	

FACTORES DE RIESGO ESCOLARES PARA EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 201842

TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO CON FACTORES DE RIESGO DEL GRUPO DE AMIGOS PARA EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 201844

TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD CON FACTORES DE RIESGO DEL GRUPO DE AMIGOS PARA EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 201845

TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE DROGAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 201847

TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN MOTIVACIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018.....48

TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN LA DROGA CONSUMIDA POR PRIMERA VEZ, DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018.....48

TABLA 16: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN EL SITIO HABITUAL DE CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 201849

TABLA 17: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN EL SITIO HABITUAL DE ADQUISICIÓN DE DROGAS ILÍCITAS DE LOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 201849

7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPRESENTANTES DE LOS ADOLESCENTES MENORES DE 18 AÑOS	62
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES MAYORES DE 18 AÑOS.....	63
ANEXO 3: CUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE DROGAS	64

8 Resumen

Antecedentes: El uso de drogas, compromete la salud de los adolescentes. Siendo una de las primeras causas de violencia de daños físicos y fallecimientos prematuros. Caracterizar el consumo de drogas en adolescentes de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero es el principal objetivo. **Materiales y métodos:** Investigación observacional, descriptiva y transversal. Universo 47 adolescentes. Previo consentimiento informado se realizó una encuesta escrita, anónima por una ocasión durante enero y febrero del 2018. **Resultados:** Factores de riesgo más frecuentes fueron: vínculos familiares débiles (66,0%), amigos que consumen drogas (66,0%) y maltrato psicológico familiar (49,0%). La edad de inicio se encontró entre los 10 a 14 años (53,2%). Los motivos principales fueron curiosidad (27,7%) y vía escapatoria (25,5%). La primera droga consumida fue la H (44,7%) seguida de la marihuana (40,4%). El colegio fue el mayor sitio de consumo de drogas (74,5%) y la calle fue el sitio de adquisición (48.9%). **Conclusiones:** El consumo inicia en la adolescencia temprana con la droga H, seguida de la marihuana, la mayor parte lo hace por curiosidad y para escapar de dificultades. El sitio habitual para su uso es el colegio y para la obtención la calle. Los vínculos familiares débiles, grupos de amigos y el medio escolar conforman grandes factores de riesgo en la población de adolescentes estudiada.

Palabras Clave: DROGAS, ADOLESCENCIA, FACTORES DE RIESGO

9 Abstract

Background: The use of drugs compromises the health of adolescents begin one of the first causes of physical injuries and deaths premature. Characterize drug use in adolescents of postgraduate offices of Family and Community Medicine. Heath center January 25 it is the first objective. **Materials and methods:** An observational, descriptive and transversal research. Universe of 47 adolescents. Prior informed consent, a survey was conducted in writing, anonymously and for a single occasion in January and February of 2018. **Results:** Risk factors most frequently were: weak family ties (66.0%), friends who use drugs (66.0%) and family psychological abuse (49.0%). The age of onset was between 10 to 14 years (53.2%). main reasons were the curiosity (27.7%) and escape route (25.5%). The first drug used was the hashish (44.7%) by marijuana (40.4%). The school was the largest site for drug use in (74.5%) and the street was the site for the acquisition (48.9%). **Conclusions:** The consumption begins in the early adolescence with the hashish closely followed by the marijuana and the majority does it by curiosity. The school is a site frequent for use and for obtaining the street. The links family weak, peer groups and the middle school are risk factors important found in the population studied.

Keywords: DRUGS, ADOLESCENCE, RISK FACTORS

10 INTRODUCCIÓN

De acuerdo al último reporte de drogas emitido en el 2016 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), (1) se calcula que 1 de cada 20 personas, es decir, alrededor de 250 millones de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en el 2014. El número de muertes relacionadas con las drogas en el 2014 se calculó en alrededor de 207.400, es decir, 43,5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años. Las muertes por sobredosis constituyen aproximadamente entre un tercio y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas. (2) Aunque esta cifra es alarmante, sin embargo, el problema de la drogadicción puede incluso ser mayor si consideramos que los afectados no son solo los adictos sino también sus familias. (2) Los adolescentes juegan un papel importante en estas cifras ya que la mayoría de adictos inician el consumo en esta etapa de su vida. (2, 3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) especifica que los adolescentes corresponden al grupo de edad de 10 a 19 años. (3) La adolescencia se divide en adolescencia temprana (10-14 años) y adolescencia tardía (15-19 años). (4) La adolescencia representa un periodo de crecimiento y de transiciones complejas ya que a esta edad se presentan cambios a nivel físico y también se desarrollan las capacidades para aprender, experimentar y utilizar el pensamiento crítico. (5) Durante la adolescencia se establece la independencia emocional y psicológica y se madura sexualmente. (6) Este proceso por lo general es gradual y en dependencia de las circunstancias, este puede ser perturbador para el joven. (6)

Estos cambios que se presentan en la adolescencia pueden generar obstáculos en el desarrollo del individuo. En esta etapa los jóvenes son más vulnerables al consumo de drogas por varios factores que pueden incluir la influencia social, (7) un ambiente familiar poco saludable, fluctuación de estados de ánimo, la baja percepción al riesgo de consumo, problemas escolares y tendencia a la búsqueda de nuevas sensaciones. (8) Todos estos

factores, si están presentes, pueden facilitar el inicio en el consumo de drogas en los adolescentes. A edades tempranas, en las que el organismo (en especial el cerebro) está en proceso de desarrollo, el consumo de drogas implica un riesgo importante para la salud física y psíquica. (8) La carga de enfermedad, sufrimiento y mortalidad afecta no solo al que las consume, sino también a los que le rodean. (9)

El problema de consumo de drogas entre los adolescentes va en aumento y su predominio es mayor en comparación con los adultos. (1, 10) Según la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), en el continente americano existe un elevado consumo de marihuana, éxtasis y sustancias inhalables en adolescentes de entre 13 y 17 años. (11) Estos datos coinciden con un estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en donde se especifica que en el continente americano el 34.9% de adolescentes consultados entre 13 a 15 años reconoce haber tomado alcohol al menos una vez durante el último mes. (5) Así mismo, el 17% de los adolescentes había consumido al menos un tabaco durante el último mes y el 9% de los adolescentes consultados reconoce haber consumido drogas al menos una vez en su vida. (5) La influencia social también puede alterar los patrones de consumo en los jóvenes. En varios estudios se ha determinado que el rol de los pares es altamente responsable para que los adolescentes inicien con patrones de consumo extremadamente peligrosos como el policonsumo. (12, 13)

El Ecuador no es ajeno a esta problemática. Según los estudios desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (14) y la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, (15) se ha determinado que la droga más utilizada en el país es la marihuana. Adicionalmente, de acuerdo a la Encuesta de Niñez y Adolescencia en el Marco de la Intergeneracionalidad desarrollada en el 2015, (16) 1 de cada 4 adolescentes (24%) alguna vez se ha embriagado y el (29%) ha visto usar drogas a algún compañero del colegio en donde estudia. Además, se registra que a un (15%) le sería fácil conseguir

marihuana, al un (8%) comprar heroína, al (6%) cocaína, al (4%) éxtasis y al (3%) pasta base. El dato más alarmante sobre la disponibilidad de las drogas corresponde a que el (48%) de los adolescentes afirma que alrededor de su colegio o domicilio venden estupefacientes, este porcentaje es mayor en la región costa del país. (16)

En Guayaquil, por otra parte, se ha podido determinar que un 15.6% de adolescentes, entre 12 y 17 años, consume alcohol ocasionalmente, y el 3,6% cigarrillos con esa misma frecuencia. Entre las bebidas alcohólicas más consumidas por este grupo, está la cerveza (78,5%). Según esta misma fuente, el alcohol que ingieren lo adquieren en cualquier tienda (51,2%) y el 39,2% de los adolescentes que bebe lo hace en sus casas. De los estudiantes que aseguraron haber consumido drogas en Guayaquil durante el último año, el 26,8% la consiguió en los alrededores de sus colegios. El 87,69% gasta entre USD 0 y 20 al mes en esta actividad. (17)

Las estadísticas presentadas anteriormente, se basan en encuestas escolares que son tomadas en las aulas de las instituciones educativas. (14-16) Se percibe que en dichos estudios se excluyen a los estudiantes que no asisten a la escuela y, en consecuencia, el registro del uso de drogas entre los jóvenes puede ser inferior al real.

Los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria, por otra parte, tienen un contacto directo, tanto con los adolescentes como con sus familias, y por consiguiente pueden complementar estos estudios basados en encuestas escolares. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud recomienda que todo profesional de Medicina Familiar y Comunitaria debe desarrollar destrezas para realizar una evaluación psicoemocional (p. ej. utilizando el marco HEADSSS –hogar, educación, empleo, alimentación, actividades, drogas, sexualidad, seguridad, suicidio/depresión) a fin de detectar factores de riesgo y potenciar los factores protectores en su comunidad. (18) Estas destrezas pueden servir para mejorar la calidad de la información concerniente a la comunidad en la que se desenvuelve el profesional de Medicina Familiar y Comunitaria.

En este contexto, el objetivo principal de la investigación es la caracterización del consumo de drogas en los adolescentes pertenecientes a los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de enero en la ciudad de Guayaquil. Para cumplir con este propósito y puesto que se trata de caracterizar una población en particular, no puede haber intervención de la investigadora. (19, 20) Por lo tanto, este estudio es de tipo observacional y descriptivo. Además, con base a la literatura revisada, no se ha podido encontrar un estudio similar en la población bajo estudio. Este trabajo de investigación, por consiguiente, representa un punto de partida y provee una base de conocimiento para futuras investigaciones analíticas con la misma población.

Desde una perspectiva investigativa, la caracterización es una descripción u ordenamiento conceptual con fines de identificación de los componentes, acontecimientos, factores, patrones y contextos de una experiencia, un hecho o un proceso. (21) Para caracterizar el consumo de drogas en los adolescentes, por lo tanto, se deben identificar las variables sociodemográficas de los mismos. También es necesario determinar la presencia de los factores de riesgo dentro del entorno familiar comunitario e individual. (22) Además se deben tomar en cuenta los patrones de consumo de drogas en los adolescentes y determinar su predominio al momento de realizar el estudio.

Es evidente entonces la importancia que tiene la caracterización del consumo de drogas en adolescentes de una población en específico. Desde el punto de vista estadístico, la investigación apunta a incluir una proporción de aquellos adolescentes sin educación y que han sido excluidos de los estudios basados en encuestas escolares. Además, desde la óptica de la Medicina Familiar y Comunitaria, se pueden implementar estrategias no solo en la elaboración de los cuestionarios sino también en la toma del mismo. (23) En el aspecto sanitario, la importancia de conocer las características de los jóvenes consumidores de drogas radica en las herramientas y base de conocimiento que se ofrece para elaborar e implementar estrategias de

prevención y tratamiento.

Se compone esta investigación de índice general, introducción, planteamiento del problema, objetivos generales y objetivos específicos, marco teórico, metodología utilizada, referencias bibliográficas acotadas según las normas de Vancouver y anexos. En la sección del marco teórico se recopila información relevante de la literatura científica concerniente a los adolescentes consumidores de drogas y se exponen algunas de las herramientas estadísticas que se utilizan en estudios similares en diferentes poblaciones. Posteriormente, se describe la metodología para caracterizar a los adolescentes consumidores de droga y se hace un desglose de los resultados encontrados para realizar la discusión correspondiente.

11 EL PROBLEMA

11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

En la actualidad, en el Ecuador el uso de drogas entre los jóvenes es un problema habitual por lo que se ha convertido en uno de los temas más alarmantes para la sociedad ecuatoriana. (24) De acuerdo a últimos reportes de la Secretaría Técnica de Prevención Integral (15, 16, 24) y de la Organización Panamericana de la Salud, (14) el problema de consumo de drogas en adolescentes se ha agravado en los últimos años. Este recrudecimiento es una consecuencia del incremento de la frecuencia de consumo, la adición de nuevos tipos de drogas y además por el fácil acceso que los adolescentes tienen para la adquisición de estupefacientes en el Ecuador. (15, 16, 24)

Investigaciones científicas, (15 - 17) demuestran que el uso de sustancias ilícitas en Ecuador, y primordialmente en la ciudad de Guayaquil, es un problema de salud pública de gran trascendencia que también afecta la población del Guasmo Norte, donde no se tiene mayor conocimiento sobre el comportamiento y las situaciones que propician su aparición en los jóvenes que pertenecen al centro de salud 25 de enero, así como sus patrones de consumo.

Por los problemas encontrados en el Análisis Situacional de Salud (ASIS) y por los riesgos que aporta el consumo de drogas en la adolescencia, como las complicaciones y muerte, se hace necesario caracterizar el consumo en la población de adolescentes de los consultorios que atiende el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud 25 de enero.

11.2 Formulación

¿Cuáles son las características presentes con mayor frecuencia en los adolescentes consumidores de drogas en los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de enero, durante el año 2018?

12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

12.1 General

Caracterizar el consumo de drogas en adolescentes de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

12.2 Específicos

- Identificar a los adolescentes consumidores en la población de estudio.
- Describir las variables sociodemográficas de los adolescentes consumidores.
- Identificar los factores de riesgo para el consumo de drogas en los adolescentes.
- Describir el patrón de consumo de drogas en los adolescentes.

13 MARCO TEÓRICO

13.1 Concepto de adolescencia y consumo de drogas

La Organización Mundial de la Salud (3) define al espacio o etapa de crecimiento y desarrollo de los seres humanos que se da luego de la niñez y antes de la adultez y está entendida entre los 10 y los 19 años como la adolescencia. Es muy importante este período de transformación en la vida del ser humano, y se particulariza por un ritmo de cambios y desarrollo muy acelerado. (5, 25) Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad lo define el pasaje de la niñez a la adolescencia. (5, 6)

Asumiendo los cambios por los que pasa un adolescente, está claro que, ciertas peculiaridades de la adolescencia pueden facilitar el consumo de drogas y alcohol; al igual suele iniciarse en esta etapa de la vida el consumo de todas estas sustancias, siendo la nicotina, el alcohol, y la marihuana, una puerta de entrada a otras drogas ilícitas y a patrones de consumo en la línea de la dependencia y/o adicción, hacia la vida adulta. (26) Los jóvenes aún no están preparados de percibir conceptos ambiguos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo, decisiones referidas al consumo de sustancias o su vida sexual. (5)

El consumo de drogas en los adolescentes ha evolucionado con el tiempo. Se debe entender que los adolescentes de la actualidad son la primera generación de un mundo tecnificado y globalizado. (25) Las drogas que consumen los jóvenes con mayor frecuencia son los cigarrillos (tabaco), el alcohol, la marihuana, la heroína, “La H” y drogas de síntesis. (15, 16) El promedio de edad de inicio en el consumo de sustancias se sitúa entre los 13 y los 16 años. (15) Patrones de policonsumo también se ha ido adoptando por los adolescentes. (15) Además, existe la tendencia de entender a los

adolescentes consumidores con un patrón de consumo recreativo, lo que puede contribuir a su baja percepción de riesgo. Con el tiempo, también los adolescentes han creado nuevas formas de drogarse con el fin de reducir costos tales como la costumbre conocida como “la previa”. (25)

13.2 Drogas y su clasificación

Aunque las drogas afectan el sistema nervioso, no todas las drogas actúan igual sobre el organismo; algunas se denominan estimulantes, porque activan el sistema nervioso central: el corazón late con más rapidez, aumenta el calor del cuerpo, y ha escenarios de hiperactividad y euforia. A este grupo de drogas pertenecen, por ejemplo: el éxtasis, la cocaína, el tabaco y las anfetaminas. (27)

Por otra parte, están las drogas depresoras. Este grupo de drogas tiene efectos sedantes sobre el cuerpo, producen relajación de los músculos, proporciona sensación relajante y altera el estado de conciencia (aturdimiento). Las principales drogas dentro de este grupo son: los tranquilizantes, el alcohol, la heroína y la marihuana. (27)

Por último, está el grupo de drogas conocidas como alucinógenas. Se llaman así porque quien las toma puede percibir cosas que en realidad no están sucediendo, ver imágenes irreales u oír voces que no existen, con el peligro añadido de que quien lo percibe cree que es real y lo vive como si fuera así. A este grupo de drogas pertenecen, por ejemplo: el LSD, los hongos alucinógenos y la ketamina. (27)

13.2.1 Modelo modificado de estrés social

Se utiliza el Modelo Modificado de Estrés Social de la OMS para identificar los factores de riesgo y los protectores, (28) el cual tiene los elementos que parecen animar a la gente a emplear sustancias y los que la hacen menos vulnerable a usarlas.

Para la adaptación de este modelo la base del método es la siguiente: si hay

numerosos factores de riesgo en la vida de un individuo, éste puede estar más expuesta a empezar, intensificar y prolongar el uso de sustancias. A diferencia, de cuando haya más factores protectores, la persona estará menos predispuesta a usar sustancias. Es más fácil comprender el uso de sustancias si se consideran tanto los factores de riesgo como los protectores al mismo tiempo. (28)

Este marco es útil como una manera de proyectar las investigaciones que evitarán o tratarán los problemas relacionados con el uso de sustancias, además de suministrar una comprensión conceptual. Una vez que se han identificado los factores protectores y los de riesgo, se puede principiar por trabajar en la disminución de los riesgos y en lograr fortalecer de los factores protectores. Esto puede hacerse para la comunidad así como también para una persona en particular. Hay tres grupos de factores de riesgo y tres grupos de factores protectores en el modelo modificado de estrés social.

De acuerdo con la OMS, las situaciones estresantes que pueden beneficiar al consumo de sustancias. Se incluyen las siguientes categorías: (28)

Vicisitudes Graves. Estos son acontecimientos dramáticos que producen un profundo efecto en los sobrevivientes. Incluyen sucesos tales como la muerte de los padres, el abandono, los accidentes, los desastres naturales, la demolición de su casa por las autoridades, la guerra, los ataques sexuales y de violencia, así como los intentos de suicidio. Estos acontecimientos se presentan en algunas ocasiones de forma intempestiva y no lo pueden asimilar ni los niños ni los adultos.

Problemas Graves. Se trata de problemas a largo plazo que son difíciles de resolver: la pobreza, analfabetismo, las dificultades psicológicas como por ejemplo la depresión, el dolor crónico y la falta de oportunidades para divertirse. Las dificultades diarias. Se refiere a los problemas de todos los días, como hallar comida o trabajar, un lugar para pernoctar y evitar la violencia. Esta lucha diaria es extenuante y les deja poco tiempo para hacer otras cosas.

Los cambios de vida. Como la migración, continuamente producen estrés porque demanda que las personas se cambien su vida acostumbrada. Los jóvenes en algunas ocasiones usan drogas durante los cambios de vida para dominar la ansiedad o para ser mejor admitido por quienes habitan donde ha migrado.

Muchas personas viven en lugares en donde es admitido el uso de ciertas sustancias por la vecindad y a veces por toda la comunidad, según el Modelo Modificado de Estrés Social, es más fácil que la gente se aficione a las sustancias si en su entorno se considera normal el uso de las mismas. Muchas personas viven en lugares en donde es aceptado el uso de algunas sustancias por el vecindario y a veces por toda la comunidad. Estas condiciones hacen que sea más fácil usar sustancias, como el alcohol. Si el uso de una determinada sustancia está aceptado o se considera normal por un cierto grupo, decimos que esa sustancia en particular es “aceptada” dentro de ese grupo. Hay muchos factores que estimulan a un grupo o a toda la comunidad a aceptar el uso de alguna sustancia en particular. (28)

La Aplicación de la Ley y legalidad. El estatus legal de una sustancia influye en gran cantidad sobre la actitud de la gente respecto a la misma. Si una sustancia está legalizada, es considerablemente más probable que se le acepte en la sociedad en general. Una sustancia que es técnicamente ilegal, también puede estar aceptada por la mayoría de la gente perteneciente a una sociedad si la aplicación de la ley en ese lugar es débil.

La Disponibilidad. Que una sustancia sea aceptada será más probable cuando esta esté más disponible. La cafeína, y el alcohol y el cigarrillo (tabaco) son ejemplos de sustancias con factible disponibilidad y que son aceptadas a nivel mundial. Por otro lado, la preparación y la venta de medicamentos psicoactivos están habitualmente restringidas, esto hace que estén menos disponibles y que no sean fácilmente aceptados. De las sustancias ilegales lo mismo se puede decir. Si para obtenerlas hay facilidad, pues es más fácil que sean aceptadas. El consumo de cannabis, que está disponible en algunos lugares sin dificultad, es aceptado por muchos miembros de la comunidad.

(26)

El costo. Mientras menor sea el precio de una sustancia, será aceptada con más facilidad en el grupo de consumidores. Cuando las sustancias tienen menor precio, es más fácil que la acepten distintos grupos de la sociedad. El costo de las sustancias legales habitualmente está controlados por los fabricantes y por el gobierno, mientras que el precio de una sustancia ilegal está determinada por la oferta y la demanda del producto y de su disponibilidad. (28)

El patrocinio, la promoción y la propaganda. Cuando en una comunidad se hace propaganda continua de las sustancias, sus habitantes pueden llegar a creer que es normal consumir dicha sustancia, y en algunos casos, ésta puede convertirse en un objeto deseable de consumo en los habitantes. Este es el caso de los anuncios de tabaco y de alcohol, los cuales están diseñados específicamente para influir su consumo en poblaciones vulnerables como la de los adolescentes. (26) Esto tiene una alta relación con los problemas de alcoholización y adicción. Las casas manufactureras de tabaco y alcohol por lo general patrocinan películas, actividades y a individuos. Un ejemplo es la incidencia de la promoción de sustancias en las competencias deportivas, en el patrocinio a famosos, en la organización de festivales y conciertos en las comunidades. La publicidad, de igual manera, tiene como meta fomentar en la gente el uso de sustancias generando la apariencia de normalidad en la vida cotidiana de la comunidad. En algunos casos, la publicidad del consumo de estas sustancias puede ser transmitido como un patrón indispensable a ser deseado por quienes quieren imitar el comportamiento de un modelo. (26)

El contexto cultural. Dentro del contexto cultural tradicional de cada sociedad, es común encontrar varias sustancias cuyo consumo es mayoritariamente aceptado. Casi todas las sociedades a nivel global relacionan el consumo de por lo menos una sustancia con un propósito cultural. (26) Por ejemplo, en los eventos de índole religioso los cristianos y judíos consumen alcohol, y en algunas comunidades indígenas se utilizan sustancias alucinógenas como representación de vínculo religioso. En muchas culturas el alcohol está

presente en toda celebración, tal es el caso de las festividades de año nuevo los bautizos, las bodas, las graduaciones, entre otras. En algunos casos, una celebración no puede ser concebida como tal si no existe el consumo de alcohol.

Las sensaciones experimentadas en el consumo de sustancias. La frecuencia del consumo de sustancias dependerá de las sensaciones y la intensidad experimentadas por una persona. Los efectos de una sustancia varían dependiendo de cada persona y de la ocasión en que ésta sea consumida. Los factores que inciden en los efectos de una sustancia incluyen las propiedades químicas de la sustancia, la frecuencia relativa del consumo y el nivel de adaptación social. (26)

Las probabilidades de consumo de una sustancia se incrementan si a la persona le causa el efecto deseado. Por ejemplo, si es deseado escapar del aburrimiento o de los problemas los adolescentes pueden consumir alucinógenos o fumar marihuana. (28) Adicionalmente, si una persona quiere conciliar el sueño puede ingerir alcohol o algún tipo píldora somnífera. Si se requiere estar despierto para rendir en el trabajo las personas pueden consumir cocaína o anfetaminas. (26)

13.2.2 Patrones de consumo

Se tiende a identificar al consumidor de sustancias muy comúnmente como “adicto” así mismo hay diversos tipos de relaciones de las personas con las sustancias sin que todos ellos sean adicciones, ni obligatoriamente consumos problemáticos. Clasificando los patrones de consumo del siguiente modo:

Uso experimental: se consume una droga para experimentar sus efectos y, se deja después de un determinado número de usos.

Uso social o regular: luego de experimentar, se continúa usando la sustancia y se integra a la forma de vida acostumbrada su uso.

Ha definido la OMS al uso nocivo como una forma de uso que causa daño,

sea este físico o mental.

La dependencia y el abuso, se especifica como enfermedades asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

No usan drogas una gran parte de la población mundial, y de aquellos que experimentan su uso, algunos las seguirá usando habitualmente y, de estos, un grupo desarrollará dependencia y patrones de uso nocivo. No obstante, todas las drogas tienen en común que actúan sobre el centro cerebral del placer o refuerzo. Esto representa que, al usarlas, activan un sector del cerebro que suministra placer, por lo tanto, se crea una tendencia a repetir esa conducta en el consumidor. Éste es el motivo más importante por el que las personas rara vez consumen una sola vez y nunca más, ya que, al resultar interesante, el cuerpo lo pide más veces. (28)

Existen diferentes patrones en el desarrollo de los trastornos por dependencia. De forma conocida se describe un patrón progresivo que inicia básicamente como un acto voluntario, de uso recreativo o social y que predomina el efecto placentero y positivo en su inicio. (29)

Gradualmente la motivación del consumo va cambiando en algunas personas, y esta pasa de consumir con el deseo de experimentar placer o goce hasta hacerlo para escaparse de sentir el molesto malestar, o para sencillamente estar bien o sentirse “normal”. (29) Este proceso algunas veces lleva consigo un incremento de la periodicidad de consumo y además de la cantidad de la dosis.

En definitiva, un porcentaje alto de consumidores pierde el control sobre el uso de las drogas, volviéndose compulsivos e incapaces de dejar de usarlas a pesar de ser conscientes del daño que les causan.

Esta evolución, de las primeras fases de uso a la fase de uso dependiente o problemático, se encuentra asociada con una gran diversidad de factores de riesgo relacionados con el ambiente, con el individuo y también con la propia sustancia. (29) La interrelación entre la droga consumida, la persona, y el

entorno social, así como los resultados que provienen del modo de consumo, alcanza un extenso espectro de posibles combinaciones y efectos.

También existe un patrón o modelo de consumo llamado policonsumo (29), es decir, varias sustancias que son consumidas al mismo tiempo o a lo largo de una misma noche, esto ocurre entre algunos jóvenes y resulta muy peligroso, pues además, es muy frecuente. Algunos jóvenes lo practican porque con unas sustancias compensan los efectos de otras o, simplemente, para variar. Pero este cóctel de sustancias en un organismo produce efectos impensados, y es de alto riesgo. Se han identificado varias etapas de policonsumo en las poblaciones de adolescentes: (29)

Patrón A: consumidores de alcohol y tabaco

Patrón B: consumidores de marihuana en conjunto con el alcohol y tabaco

Patrón C: consumidores de marihuana, alcohol, tabaco y al menos otra droga ilegal.

13.3 Epidemiología de consumo de drogas en adolescentes

En Ecuador la relación de los adolescentes con las diferentes drogas se da en la primera adolescencia. La edad de inicio de consumo de drogas inhalantes se muestra como la menor de todas las sustancias analizadas (12.5 años), seguida por el alcohol (12.8 años) y cigarrillos (12.9 años). La marihuana (14.6 años), el éxtasis y la cocaína (14.4 años) son las drogas cuyo consumo da comienzo a mayor edad. (15) Se ha rezagado la edad de inicio de consumo de drogas, a excepción de pasta base de cocaína, en el 2005 era 14.5 años; en el 2012 de 14.3 años, es decir, que los jóvenes que expresaron haber consumido estas sustancias lo hicieron a edad más temprana, indicador relevante por cuanto la pasta base tiene una composición nociva para la fisiología humana. (15)

13.3.1 Clasificación del predominio de consumo de drogas de acuerdo al tiempo transcurrido luego de su último consumo

El predominio del consumo de drogas puede ser clasificado de acuerdo al lapso de tiempo transcurrido desde la última vez que se ha reportado su consumo. Se tiene así, tres tipos de predominio de consumo que incluyen al consumo realizado en alguna ocasión en la vida, el consumo en el último año y el consumo en el último mes. El consumo realizado en alguna ocasión representa a la porción de la población que declara haber probado en cierto momento de su vida algún tipo de sustancia psicoactiva. Por su parte, el consumo en el último año describe a la porción de la población que dice haber consumido algún tipo de sustancia psicoactiva en los últimos 12 meses. Finalmente el consumo en el último mes representa al porcentaje de la población que reporta haber consumido alguna droga durante los últimos treinta días. (34, 35)

13.3.2 Epidemiología de las drogas a nivel del mundo

A nivel mundial el consumo de drogas genera perjuicios enormes en la sociedad que van desde las pérdidas económicas hasta la muerte y destrucción de familias. De acuerdo al reporte de las Naciones Unidas, en el año 2013 cerca de 247 millones de personas entre 15 y 64 años declararon haber consumido en cierto momento de su vida algún tipo de droga ilegal. Esta cifra es muy preocupante si se considera que se han reportado en el año 2012 cerca de 183000 defunciones como consecuencia del consumo de drogas mientras que en el año 2013 esta cifra se incrementó a 187000 muertes. (36, 37) Está claro que estas cifras pueden ir en aumento conforme transcurren los años si las sociedades no toman las medidas para prevenir el consumo. (36)

13.3.3 Epidemiología de las drogas en Latinoamérica

Conforme a lo que reporta la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina y en el Caribe, por lo menos 1,2 millones de mujeres y 4,4

millones de hombres sufren de trastornos que son consecuencia del consumo de drogas en cierto momento de su vida. Cada año cerca de 400.000 mujeres y 1,7 millones de hombres son afectados por el consumo de drogas. Los trastornos pueden ser la adicción u otros padecimientos y generan además importantes repercusiones en los sistemas de salud de los países de la región. Esta problemática se agrava desproporcionalmente en los países en donde no existe acceso universal a los sistemas de salud debido a la reducida capacidad de atención ante la creciente demanda de afectados por el consumo de drogas. (38)

13.3.4 Epidemiología de las drogas en los adolescentes de la parroquia Ximena y de estudiantes de enseñanza media del Ecuador

El antiguo Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) (actualmente Secretaría Técnica de Drogas) realizó la cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años realizada en el año 2012. En esta encuesta se categoriza el uso de drogas tomando en cuenta el tiempo de uso de la sustancia y la frecuencia de uso. De esta encuesta se desprenden 5 categorías (uso experimental, uso ocasional, uso regular, uso frecuente y posible uso conflictivo) de varios tipos de drogas que incluyen: las drogas inhalantes, la marihuana, la pasta base, la cocaína, la heroína y el éxtasis. Si se suma los porcentajes de cada categoría correspondiente a cada tipo de droga se puede identificar que la marihuana y las drogas inhalantes son las de mayor consumo a nivel nacional con un total de 5.22% y 2.18% de los estudiantes respectivamente. Por su parte la pasta base, la cocaína, la heroína y el éxtasis alcanzan un total de 0.61%, 1.2%, 0.47% y 0.6% respectivamente.

En la ciudad de Guayaquil se reportan que los consumos de drogas inhalantes alcanzan un total de 3.73% de los estudiantes. Por su parte los estudiantes consumidores de marihuana representan un total del 6.67%. Para el caso de la pasta base, la cocaína y la heroína en la ciudad de Guayaquil se tienen valores de 0.97%, 2.91%, 1.47%. Con respecto a los valores a nivel nacional se puede observar que en Guayaquil se consume tres veces más marihuana

que el promedio nacional. Para el resto de drogas en Guayaquil se manifiestan también valores mayores al promedio Nacional, lo que demuestra que en la ciudad se tiene una de la más alta tasa de drogadicción entre los adolescentes. (39) Estas frecuencias en el consumo se elevaron en correspondencia a los datos conseguidos en el 2008. (40)

Por otra parte, el Departamento de Estadísticas del Centro de Salud 25 de enero desde inicios del año 2016 hasta el mes de mayo del 2017, reporta un total de 10653 atenciones por trastornos causados por el uso de drogas (CIE-10: F11-F19) de los cuales el 69,3% involucra a adolescentes. (41)

13.4 Tipos de consumidores

En el ámbito de las drogas se pueden identificar 5 tipos de consumidores que incluyen al consumidor experimental, el consumidor ocasional, el consumidor habitual, consumidor abusador y el consumidor dependiente. (34)

13.4.1 Consumidor experimental

El consumidor experimental es aquel que prueba una vez una determinada droga con la única motivación de conocer dicha sustancia y los efectos que ésta realiza sobre su organismo. Por lo general, en la etapa de la adolescencia, la necesidad de trasgresión, la presión del grupo de pares y sobre todo la curiosidad, conllevan a la prueba de drogas. Luego de haber probado una droga el consumo puede repetirse o no y dependerá de cada individuo. (34)

13.4.2 Consumidor ocasional, social o recreacional

El consumidor ocasional es aquel que usa una o varias drogas esporádicamente. Comúnmente, este tipo de consumidores se caracterizan por utilizar las drogas durante reuniones sociales y no la buscan activamente para su consumo. Además, el consumo de drogas no es continuo sino que simplemente se da cuando la ocasión se presenta. Los factores de riesgo que inciden para el consumo son del tipo social, como por ejemplo la disponibilidad

de la droga o la presión de los pares. El consumo se repite cada ocasión que la persona enfrenta circunstancias similares. (34)

13.4.3 Consumidor habitual

El consumidor habitual se caracteriza por usar drogas con regularidad. Su consumo se ha transformado en un hábito y ocupa su mente activamente en cómo obtenerla. Por lo común, estos consumidores son personas que pueden continuar con sus actividades diarias, tales como, trabajar, estudiar o estar con su familia. Un consumidor llega a esta fase después de ser un consumidor ocasional. El tiempo que se toma un consumidor ocasional para hacer de su consumo un hábito depende de cada individuo y de la relación entre la sustancia, el contexto social y el sujeto. (34)

13.4.4 Consumidor perjudicial o abusador

El consumidor perjudicial es aquella persona que abusa de las drogas de tal manera que compromete su estado de salud. Los daños en la salud pueden ser físicos o mentales. El abuso de drogas también conlleva a desatender las obligaciones diarias de los consumidores (en su trabajo, en sus estudios o con su familia) agravando los problemas que enfrenta el individuo. Además, el consumidor perjudicial se puede exponer a situaciones en las que el consumo puede representar un peligro para sí mismo o para terceros (conducir un auto o maquinaria pesada bajo los efectos de una sustancia). (34)

13.4.5 Consumidor dependiente

El consumidor dependiente presenta la necesidad continua de usar una determinada sustancia. Este tipo de consumidores, debido al uso constante de drogas, tienen una adaptación al consumo. Además, en esta etapa, la ausencia o disminución del consumo de una sustancia produce efectos psíquicos o físicos negativos en el individuo. Este trastorno se conoce como síndrome de abstinencia. Por esta razón, para evitar la presencia del síndrome de abstinencia en su organismo, el consumidor dependiente ocupa la mayor parte de su tiempo y recursos en obtener dicha sustancia. Por lo general,

cuando los recursos no están disponibles para obtener la droga, el consumidor dependiente recurre a prácticas ilícitas. (34)

13.5 Factores de riesgo relacionados al consumo de drogas

Los factores de riesgo relacionados con el consumo de droga representan un conjunto de condiciones y variables que pueden favorecer la posibilidad de presencia de una conducta de consumo de drogas. Los factores de riesgo se presentan en varios ámbitos y contextos que incluyen al individual, interpersonal, escolar, comunitario, social. (42) Los factores de riesgo pueden incrementar la probabilidad que un individuo pase de consumidor ocasional a consumidor perjudicial o dependiente. (43)

Mientras más son los factores de riesgo a los que está expuesto un adolescente mayor es la posibilidad de que consuma alguna droga. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más fuertes que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como por ejemplo la presión de sus pares en el transcurso de la adolescencia o el inicio de la vida colegial. En estas circunstancias, los adolescentes comúnmente se enfrentan a varios desafíos en el ámbito académico y social y además pueden quedar expuestos al uso de drogas, a los consumidores, a los vendedores y a las actividades sociales que impliquen el consumo de drogas. En estas condiciones, el riesgo de que los adolescentes consuman o abusen del tabaco, alcohol y de otras sustancias se incrementa precisamente por la presencia de los factores de riesgo. (34, 43)

13.5.1 Factores de riesgo individuales

Los factores de riesgo individuales en el consumo de drogas incluyen: la edad de inicio de consumo menor a 15 años, la insatisfacción con la imagen corporal, la presencia de síntomas de enfermedades crónicas, la baja asertividad ante la presión grupal, una reducida autoconfianza, la necesidad de autoafirmarse ante los mayores, la necesidad de explorar nuevas sensaciones; la inexperiencia o desconocimiento de las consecuencias del

uso de drogas, los trastornos de alimentación, las actitudes de evasión de la realidad, los problemas o ansiedad a la hora de tomar decisiones, la presión familiar y los desórdenes conductuales. (34)

Los adolescentes son uno de los grupos más vulnerables a problemas psicológicos como la depresión y la ansiedad. Este problema se agrava si se toma en cuenta las cifras reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que manifiesta que cerca de un 10% de la población mundial padece de depresión y entre 1990 y 2013 esta cifra se ha incrementado en un 50%. (44%). En la población de adolescentes se puede registrar una elevada prevalencia de estos trastornos y su relación con conductas de riesgo. (45) Esta investigación incluye a la depresión y la ansiedad dentro de los factores individuales utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) de las pautas ecuatorianas para la atención de adolescentes. (46)

13.5.2 Factores de riesgo escolares

Las instituciones educativas ofrecen un ambiente ventajoso para que el adolescente pueda satisfacer su curiosidad de nuevas experiencias, planificar su ocio e interactuar con sus iguales en un contexto constructivo. Sin embargo no todos los adolescentes establecen una buena relación con la escuela o el colegio. Esta relación dependerá del desempeño académico, la interacción con sus compañeros, el reconocimiento y refuerzo de los padres y el cuerpo docente. Los adolescentes sometidos a grandes presiones, por ejemplo, podrían obtener altas calificaciones, pero en un caso de una eventual reducción de su nivel académico puede provocar el uso de drogas. (47)

Los factores de riesgo escolares en el consumo de drogas incluyen: el bajo rendimiento escolar, un estilo educativo autoritario y rígido, el ausentismo estudiantil, un nivel de compromiso bajo con el institución educativa, un reducido nivel de implicación y satisfacción en relación al medio escolar, actitudes negativas hacia el cuerpo docente y la vida académica. (34)

13.5.3 Factores de riesgo del grupo de amigos

El grupo de amigos representa un elemento importante para comprender el comportamiento y actitud de los adolescentes. Esta importancia radica en que el grupo de amigos desplaza gradualmente a la familia como punto referencial de comportamiento y la relación del adolescente con sus pares se convierte en un remplazo con respecto a la familia. Es así por ejemplo, que el grupo de amigos reemplaza en gran medida la ausencia de los padres por razones laborales o problemas intrafamiliares. La relación del adolescente con el grupo de amigos es importante para definir su identidad en el contexto individual y social. Si no existe un vínculo familiar fuerte y la transmisión de valores morales ha sido deficiente entonces el grupo de amigos puede influir de mayor manera en las decisiones que una adolescente puede tomar. El nivel de influencia del grupo de amigos puede incrementar las posibilidades de llevar conductas de riesgo en los adolescentes. (48)

Los factores de riesgo del grupo de amigos en el consumo de drogas incluyen a: la presencia de consumidores entre sus amigos, la adaptación al grupo, las actividades de ocio que desarrolla el grupo, el dinero disponible por parte del grupo y los modelos de consumo dentro del grupo. (34)

13.5.4 Factores de riesgo familiares

Para los individuos y para la sociedad en general la familia cumple diversas funciones básicas como son la función educativa, afectiva entre otras de gran importancia y en este núcleo familiar se desarrollan habilidades que ayudan al progreso y cumplimiento de las exigencias de la sociedad. Aunque en algunas circunstancias también es fuente de estrés y frustraciones debido a la falta de una familia funcional. (49)

En el presente estudio se colocaron algunos de los factores de riesgo familiares para el desarrollo del uso de drogas, entre los cuales están en primer lugar los vínculos afectivos débiles, el ámbito hogareño caótico, los conflictos de pareja, la disciplina familiar inconsistente, el uso de tabaco,

alcohol y drogas por parte de los padres o familiares, el maltrato físico y psicológico, la sobreprotección a los hijos, entre otros. (34)

13.5.5. Factores más y menos definidos para el uso de drogas

La ausencia de figura paterna, carencia de modelos concretos de autoridad y de afecto, padres desmedidamente rígidos, padres consumidores de alcohol o drogas, conflictos de pareja y el consumo de drogas por parte de la familia representan algunos de los factores más definidos para el uso de drogas. Mientras que los factores de riesgo menos específicos son: padres desinteresados o excesivamente permisivos; formación de los hijos con poca participación de los padres, y disgregación familiar. (34)

13.6 Manifestaciones farmacológicas de las adicciones

13.6.1 Tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia

La disminución de la respuesta a una cantidad específica de un medicamento o de alguna droga se le llama tolerancia, y esta se genera a consecuencia del uso continuado y a la necesidad de cantidades cada vez mayores de las sustancias para obtener el efecto deseado, llegando a la intoxicación. Para referirse a dependencia de sustancias necesariamente se debe experimentar un grupo de síntomas tanto orgánicos, de comportamiento y cognitivos que revelan que el joven continúa con el consumo de alguna droga. Al consumir de forma habitual alguna droga, se genera a nivel cerebral una adaptación neuronal logrando que estas funcionen normalmente solo en presencia de esa sustancia. Al conjunto de reacciones corporales que suceden cuando una persona deja de consumir una sustancia que ha consumido de forma repetida se lo conoce como síndrome de abstinencia. La adicción se puede presentar frente a alguna sustancia como: el etanol, la comida, el tabaco y otras sustancias. Los síntomas de abstinencia pueden ser leves, como los que experimenta el bebedor de café frente a la ausencia de cafeína, o graves que llegan a poner la vida en peligro. (34, 38, 50, 51)

14 MÉTODOS

14.1 Justificación de la elección del método

Teniendo en cuenta los objetivos a conseguir y el propósito de la investigación se realizó un estudio en la población adolescente de los consultorios que atiende el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud 25 de enero en el año 2018, de nivel investigativo descriptivo ya que interviene una sola variable de estudio, variable de interés, y las variables de caracterización (univariado), observacional ya que no hubo intervención de la investigadora, transversal porque las variables se midieron en una sola ocasión y prospectivo debido a que los datos se obtuvieron de una fuente de información primaria.

14.2 Diseño de la investigación

Para el diseño de la investigación se tomaron en cuenta sus objetivos y en un primer tiempo se realizó la revisión bibliográfica en la literatura científica disponible, para continuar en un segundo momento con la recolección de los datos para su posterior procesamiento.

Con la revisión bibliográfica se determinó las variables sociodemográficas más importantes que deben ser tomadas en cuenta en una investigación de tipo observacional y descriptiva aplicada al consumo de drogas. También se identificaron cuáles son los factores de riesgo analizados a lo largo de la literatura científica para caracterizar a una población consumidora de drogas. Finalmente se determinaron las herramientas estadísticas disponibles que permitieron generar resultados de un estudio observacional referido a la caracterización del consumo de drogas en la población. Como resultado final de la investigación bibliográfica se determinaron las variables a examinar en la población objeto de estudio y las herramientas a utilizar.

14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de los participantes del estudio o de la muestra

La población de estudio estuvo conformada por todos los adolescentes de 10 a 19 años consumidores de drogas ilícitas de la población perteneciente a los consultorios que atiende el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud 25 de enero; los que formaron un universo de 47 adolescentes quienes respondieron positivamente la pregunta si han consumido drogas, por lo cual cumplieron los criterios de participación del estudio. Como criterios de inclusión se tuvieron los siguientes:

Criterios de inclusión:

Adolescentes de 18 y 19 años que hayan firmado el consentimiento informado para participar en el estudio.

Adolescentes menores de 18 años cuyos padres o tutores hayan firmado el consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

Adolescentes que tengan alguna discapacidad mental que limita la comunicación.

14.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Para la recolección de la información se revisó el Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS), y las fichas familiares. La recolección de datos consistió en la aplicación de un cuestionario previamente elaborado por la autora de la investigación basándose en la Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, en el *Revised Drug Use Screening Inventory (DUSI-R)*, además en los protocolos nacionales de atención al adolescente, en las recomendaciones generales de la Organización Panamericana de la Salud, y finalmente en las encuestas escolares sobre el uso indebido de las drogas de las Naciones Unidas, la cual

fue validada por tres expertos, dos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria y un Bioestadístico, posteriormente se ejecutó un estudio piloto con adolescentes de la población de estudio para comprobar dicho cuestionario, se garantizó la privacidad en la recogida de la información por parte del adolescente, quienes al final depositaron en un recolector en sobres cerrados los cuestionarios respondidos por ellos. De esta manera se daba la confianza al adolescente para que todas sus respuestas sean lo más honestas posibles.

Se evaluó el comportamiento del adolescente referente a algunas de las preguntas de índole familiar y escolar. Al final se advirtió a los adolescentes sobre la posibilidad de hacer un examen de sustancias en caso de ser necesario. Aquellos que contestaron negativamente a aquella posibilidad fueron excluidos de la prueba por su potencial deshonestidad en la encuesta.

Las preguntas recogidas en el cuestionario que el adolescente llenó están relacionadas con el consumo de alcohol, drogas, variables sociodemográficas, rendimiento escolar, ocio, tiempo libre, accidentes, conductas, experiencia sobre el maltrato, relaciones con los demás, alimentación y sexualidad con base a los programas internacionales y nacionales.

Se obtuvo la aprobación del Comité de Bioética de Investigación Científica en Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y se cumplieron los principios éticos promulgados en la Declaración de Helsinki. Previo a la autorización firmada de los padres o representantes y de los adolescentes, se realizó la recolección de los datos durante los meses de enero y febrero del 2018.

Los adolescentes contestaron un cuestionario por escrito, anónima, reservada y en una sola ocasión, con preguntas abiertas y cerradas según las diferentes variables a determinar, el cual estuvo basado en la Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, en el *Revised Drug Use Screening Inventory (DUSI-R)*, en los protocolos nacionales de atención al

adolescente, en las encuestas escolares sobre el uso indebido de las drogas de las Naciones Unidas y a las recomendaciones generales de la Organización Panamericana de la Salud. (15, 24, 30, 31, 32)

Se utilizó la Caja de Herramientas de las Normas y Protocolos de Atención Integral a los/las Adolescentes (33) para establecer los factores de riesgo individuales para el consumo de drogas, se recurrió específicamente la Escala H.A.D, la cual estuvo incluida en cuestionario (preguntas 6 a 19). Los adolescentes leyeron cada pregunta y cada respuesta con sus puntajes respectivos que van (de 0 a 3), de este modo marcaron lo que más se consideró similar a lo que habían sentido respecto a su estado de ánimo. A continuación se sumaron los puntajes de ansiedad correspondientes a las preguntas (6 a 12) y a la depresión correspondieron las preguntas (13 a 19). Haber alcanzado resultados de ocho (8) o más significó la presencia de estos. Los factores de riesgo escolar para el consumo de drogas como rendimiento escolar bajo e impuntualidad, entre otros, se obtuvieron mediante la utilización de las preguntas de la esfera escolar del *DUSI-R*. (32)

14.2.3 Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Consumo de drogas	Encuesta
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Nivel de instrucción	Encuesta
Etnia	Encuesta
Factores de riesgo individuales para el consumo de drogas	Encuesta
Factores de riesgo familiares para el consumo de drogas	Encuesta
Factores de riesgo escolares para el consumo de drogas	Encuesta
Factores de riesgo del grupo de pares para el consumo de drogas	Encuesta
Edad de inicio para el consumo de droga	Encuesta
Motivación para el consumo de drogas	Encuesta
Droga consumida por primera vez	Encuesta
Sitio habitual de consumo de droga	Encuesta
Sitio habitual de adquisición de drogas	Encuesta

14.2.4 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de la información se realizó utilizando Windows 10, se ingresaron los datos en una hoja de Excel, donde en cada columna se registró cada variable y las filas correspondieron a cada uno de los adolescentes encuestados.

Las categorías de las variables se codificaron con números y se exportaron al programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 22.0 fueron procesados y presentados en tablas.

El análisis estadístico de la información se realizó con los resultados de las variables categóricas que se expresaron en números absolutos y porcentajes y para las variables numéricas se calculó el promedio.

14.3 Variables

14.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Consumo de drogas	Consumo de sustancia adictiva al menos una vez	SI Y NO	Categórica nominal dicotómica
Edad	Años cumplidos en grupos quinquenales	10-14; 15-19	Numérica discreta
Sexo	Según caracteres sexuales	Femenino Masculino	Categórica nominal dicotómica
Nivel de instrucción del adolescente	Ultimo nivel escolar aprobado	Sin instrucción Primaria Secundaria	Categórica ordinal Politómica
Etnia	Auto identificación	Indígena Afroecuatoriano Mulato Montubio; Mestizo Blanco No sabe	Categórica nominal politómica
Factores de riesgo individuales para el consumo de drogas	Ansiedad; Depresión	SI y NO	Categórica nominal dicotómica
Factores de riesgo familiar para el consumo de drogas	Vínculos Familiares débiles; Maltrato psicológico familiar; Disciplina Familiar inconsistente; Conflictos de pareja; Usos de drogas por parte de los padres	SI y NO	Categórica nominal dicotómica
Factores de riesgo escolar para el consumo de	Consumo de drogas en medio escolar; Rendimiento escolar bajo Impuntualidad frecuente a	SI y NO	Categórica nominal dicotómica

drogas	clases; Bajo compromiso con la escuela; Inasistencia frecuente a clases		
Factores de riesgo del grupo de pares para el consumo de drogas	Amigos con problemas con la ley; Amigos con actitudes vandálicas; Amigos que expenden drogas; Amigos que consumen drogas; Presión de amigos para el consumo de drogas	SI y NO	Categórica nominal dicotómica
Edad de inicio del consumo de drogas	Años cumplidos en grupos quinquenales en que empezó a consumir	10-14; 15-19	Numérica discreta
Motivación para el consumo de drogas	Situación que propicio el consumo	Hedónico Escapatoria Imitación Regalo Presión del grupo de pares Curiosidad	Categórica nominal politómica
Droga consumida por primera vez	Primer tipo de droga que consumió	Marihuana Droga "H" Cocaína Otras	Categórica nominal politómica
Sitio de consumo de droga	Lugar donde habitualmente consume	Casa Calle Colegio Otro	Categórica nominal politómica
Sitio de adquisición de drogas	Lugar donde habitualmente adquiere la droga	Casa Calle Colegio Otro	Categórica nominal politómica
Antecedentes familiares de consumo de drogas	Familiares de primera línea consumidores de droga	SI y NO	Categórica nominal dicotómica

15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El primer objetivo de la investigación radica en identificar a los adolescentes consumidores de drogas, correspondientes a los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de enero en la ciudad de Guayaquil. El universo de estudio se conformó por un total de 168 adolescentes que afirmaron consumir drogas ilícitas lo que corresponde al 28% del total de los adolescentes. (Tabla 1)

Tabla 1: Distribución de adolescentes consumidores o no de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Consumo de drogas	No.	%
Si	47	28
No	121	72
Total	168	100.0

Fuente: Encuesta

En la Tabla 1 los adolescentes que indicaron consumir drogas fueron 47 lo que corresponde al 28%.

El segundo objetivo de la investigación consiste en describir las variables sociodemográficas de los adolescentes consumidores de drogas. Las variables que permiten segmentar la población en grupos homogéneos son: edad, sexo, auto identificación étnica y nivel de instrucción. El universo se conformó por un total de 168 adolescentes que afirmaron consumir drogas ilícitas. En las siguientes tablas (de la 2 a la 4) se desglosan la proporcionalidad de las variables presentes en la población estudiada.

Tabla 2: Distribución de adolescentes consumidores según edad y sexo de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
10-14	11	23.4	9	19.2	20	42.3
15-19	15	31.9	12	25.5	27	57.5
Total	26	55.3	21	44.7	47	100.0

Fuente: Encuesta

Como se muestra en la Tabla 2, la mayoría de adolescentes consumidores fueron de sexo masculino (55.3%) frente al sexo femenino (44.7%). Se identifica, además, que la mayor proporción de adolescentes consumidores estuvieron en el rango de edad entre los 15 a 19 años de edad (57.5%) y de estos la mayor cantidad fue de sexo masculino 15 (31,9%) en comparación a 12 de sexo femenino (25,5%). Estos valores no coinciden con datos reportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), en el año 2010, donde se especifica que los adolescentes consumidores de sexo femenino predominan con referencia al sexo masculino en el Ecuador. Una de las razones por las que estos datos no coinciden puede atribuirse al nivel de machismo y de maltrato a los que las mujeres están expuestas en una sociedad como la ecuatoriana, en donde, por temor algunas adolescentes pudieron haberse retenido de confesar su consumo, tal como se concluye en 2012 por Carmenza Ramírez. (53)

Tabla 3: Distribución de adolescentes consumidores según auto identificación étnica de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Auto identificación étnica	No.	%
Mestizo	36	76.6
Mulato	7	14.9
Blanco	4	8.5
Total	47	100.0

Fuente: Encuesta

De los adolescentes participantes en el estudio 36 se auto identificaron como mestizos (76.6%) y 4 adolescentes se auto identificaron como blancos (8.5%).

Las características sociodemográficas de los 47 adolescentes consumidores de drogas ilícitas incluidos en el estudio son expresión de la auto identificación étnica de la población que reside en la zona urbana de la parroquia Ximena perteneciente al suburbio de la ciudad de Guayaquil, localidad en la que el 89% de los pobladores son mestizos según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), en el año 2010. (52)

Tabla 4: Distribución de adolescentes consumidores según instrucción escolar de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Instrucción (Escolaridad)	No.	%
Secundaria	30	63.8
Primaria	10	21.3
Sin instrucción	7	14.9
Total	47	100.0

Fuente: Encuesta

Respecto a la instrucción escolar, 30 de los adolescentes tienen un nivel escolar de nivel secundario, lo que corresponde al (63.8%), seguido de nivel primario con (21.3%) y sin instrucción en menor porcentaje (14.9%).

Las tablas de la 5 a la 11 resumen las variables de los factores de riesgo individuales, familiares, escolares y del grupo de pares para el consumo de drogas, correspondientes al tercer objetivo de la investigación.

Tabla 5: Distribución según sexo de adolescentes con factores de riesgo individuales para el consumo de drogas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Factores de riesgo individuales	Masculino		Femenino		Total	
	N=26		N=21		N=47	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ansiedad	9	34.6	12	57.1	21	44.7
Depresión	6	23.1	8	38.1	14	29.8

Fuente: Encuesta

En lo que respecta a los factores de riesgo individuales, en general predominó la ansiedad sobre la depresión 44,7% frente a 29,8%. Para la ansiedad en relación al sexo, fueron 12 mujeres (57,1%) y 7 hombres (34.6%) ocupando la ansiedad el primer lugar.

Los factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas de los adolescentes estudiados fueron factores individuales, familiares, escolares y del grupo de pares. Los factores que estuvieron presentes en la mayoría de los adolescentes fueron de mayor a menor porcentaje: consumo de drogas en el medio escolar, vínculos familiares débiles, y amigos que consumen drogas.

Los factores de riesgo restantes se presentaron en aproximadamente la tercera parte de los adolescentes participantes de la investigación y otros, como la influencia de amigos para el consumo de drogas ilícitas y amigos que

expenden drogas ilícitas fueron los de menor frecuencia.

Los factores de riesgo de tipo individual para el consumo de drogas ilícitas según este estudio se determinaron que la ansiedad y depresión estuvieron presentes en un importante porcentaje de los adolescentes lo que concuerda con un estudio realizado en adolescentes en la ciudad de Medellín en el año 2012 por Carmenza Ramírez en el cual se concluyó que la ansiedad y la depresión son trascendentales factores de riesgo para que los adolescentes consuman drogas. (53)

Tabla 6: Distribución de adolescentes según edad con factores de riesgo individuales para el consumo de drogas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Factores de riesgo individuales	10-14		15-19		Total	
	N=20		N=27		N=47	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ansiedad	6	30.0	15	55.6	21	44.7
Depresión	5	25.0	9	33.3	14	29.8

Fuente: Encuesta

En la edad el grupo de 15 a 19 años representa 15 adolescentes con ansiedad (55,6%) y 9 con depresión (33,3%), en comparación al grupo de 10 a 14 años con 6 adolescentes con ansiedad (30.0%) y 5 con depresión (25.0%).

Según investigaciones de diferentes autores, estas dos entidades tienden a ser de mayor frecuencia en el sexo femenino. (54) Además, los factores individuales y familiares se asocian a la sintomatología depresiva en los adolescentes. (55) En la presente investigación la depresión y la ansiedad predominó en las mujeres, y ambas fueron mayores en el grupo de edad de 15 a 19 años. Para que estos trastornos aparezcan en estos adolescentes investigados existen razones por edad y sexo, las que son impulso para investigaciones futuras debido a la asociación de estos con la reducción de

las posibilidades de éxito por parte de estos jóvenes. (56)

Tabla 7: Distribución de adolescentes según sexo con factores de riesgo familiares para el consumo de drogas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Factores de riesgo familiares	Masculino		Femenino		Total	
	N=26		N=21		N=47	
	No.	%	No.	%	No.	%
Vínculos familiares débiles	14	53.8	17	81	31	66.0
Maltrato psicológico familiar	10	38.5	13	62.0	23	49.0
Disciplina familiar inconsistente	11	42.3	9	38.1	20	42.6
Conflictos de pareja	8	30.8	11	43.0	19	40.4
Uso de drogas por parte de alguno de los padres	6	23.1	4	19.0	10	21.3

Fuente: Encuesta

Tabla 8: Distribución de adolescentes según edad con factores de riesgo familiares para el consumo de drogas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Factores de riesgo familiares	10-14		15-19		Total	
	N=20		N=27		N=47	
	No.	%	No.	%	No.	%
Vínculos familiares débiles	13	65.0	18	67.0	31	66.0
Maltrato psicológico familiar	7	35.0	16	59.3	23	49.0
Disciplina familiar inconsistente	7	35.0	13	48.1	20	42.6
Conflictos de pareja	7	35.0	12	44.4	19	40.4
Uso de drogas por parte de alguno de los padres	5	25.0	5	18.5	10	21.3

Fuente: Encuesta

El factor de riesgo familiar más alto para el consumo de drogas fue el de vínculos familiares débiles, y a la vez ocupó el primer lugar entre los factores de riesgo en general con 31 adolescentes (66,0%), además prevaleció en 17

mujeres lo que corresponden al (81,0%), y 18 adolescentes en el grupo de edad de 15 a 19 años (67,0%). Prevalció en el grupo de edad de 15 a 19 años, el maltrato psicológico familiar ocupando el segundo lugar con 16 adolescentes (59,3%), y en 13 de sexo femenino (62,0%). En los adolescentes de sexo masculino y en la adolescencia tardía (15 a 19 años), disciplina familiar inconsistente representó el 42,3% y 48,1%, respectivamente, y en menores porcentajes se encuentran los conflictos de pareja y el uso de drogas por parte de alguno de los padres.

Según Anyan F, Hjemdal, Ramírez Carmenza y Ruiz Candina Héctor con sus diversidades de criterios encuentran asociación entre ser mujer, el acoso escolar el estrés (57), el maltrato familiar (53), y la violencia intrafamiliar (58) con el desarrollo de depresión y ansiedad. Por lo que se hace necesario optimizar y aumentar lugares donde se brinden servicios de salud mental dirigidos a los adolescentes para la prevención y tratamiento de estas enfermedades, pues la atención es posible que solo una parte de los afectados la reciba, del mismo modo que ocurre en algunos países (59), incrementar grupos de adolescentes con problemas de consumo para que allí puedan realizar terapias como actividad física y expresar sus ideas, experiencias y establecer metas. (60)

En cuanto a los factores de riesgo familiares para el consumo de sustancias, los vínculos familiares débiles y el maltrato psicológico familiar fueron los de mayor porcentaje en la población sujeta a investigación, lo que concuerda con el estudio sobre apego y psicopatología en adolescentes que han sufrido maltrato realizado por Camps en el 2014, respecto a la violencia intrafamiliar siendo los adolescentes víctimas de agresión por parte de familiares (61) y sumándose a esto el pobre involucramiento de los padres con los hijos, lo que se asocia al consumo de drogas ilícitas por parte del grupo prioritario que son los adolescentes. (62)

Otros estudios demuestran la asociación del consumo de drogas ilícitas posterior al maltrato sufrido en etapas anteriores (63), lo que se corresponde con la presente investigación, y que refleja lo importante del respeto al adolescente y como determinante primordial para el consumo o no de sustancias el soporte de la familia. A pesar de la vigilancia constante de los padres, del cuidado familiar, existen adolescentes que igualmente terminan consumiendo drogas, lo que muestra la multifactorialidad de esta terrible problemática. (63) En aproximadamente uno de cada cinco adolescentes investigados encontramos falta de disciplina familiar. Por suponer como un factor protector el control de los padres hacia los adolescentes para el consumo de drogas (63,64). Tener un miembro de la familia con problemas de consumo de drogas incrementa considerablemente las posibilidades de su consumo a otros integrantes de la familia (39), lo que se debe tomar en consideración ya que, si uno de los padres consume drogas en presencia del adolescente, se convierte en un significativo factor de riesgo incrementando en gran proporción la posibilidad del consumo por parte de este.

Tabla 9: Distribución de adolescentes según sexo con factores de riesgo escolares para el consumo de drogas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Factores de riesgo escolares	Masculino		Femenino		Total	
	N=26		N=21		N=47	
	No.	%	No.	%	No.	%
Consumo de drogas en la escuela	23	88.4	12	57.1	35	74.5
Rendimiento escolar bajo	17	64.5	14	67.0	31	66.0
Bajo compromiso con la escuela	7	27.0	9	43.0	16	34.0
Impuntualidad frecuente a clases	8	31.0	3	14.3	11	23.4
Inasistencia frecuente a clases	5	19.2	6	29.0	11	23.4

Fuente: Encuesta

Tabla 10: Distribución de adolescentes según edad con factores de riesgo escolares para el consumo de drogas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Factores de riesgo escolares	10-14		15-19		Total	
	N=20		N=27		N=47	
	No.	%	No.	%	No.	%
Consumo de drogas en la escuela	16	80.0	19	70.4	35	74.5
Rendimiento escolar bajo	15	75.0	16	59.3	31	66.0
Bajo compromiso con la escuela	9	45.0	7	26.0	16	34.0
Inasistencia frecuente a clases	3	15.0	8	29.6	11	23.4
Impuntualidad frecuente a clases	6	30.0	5	18.5	11	23.4

Fuente: Encuesta

El consumo de drogas en la escuela, obtuvo el primer lugar en los hombres 23 adolescentes (88,4%), y 19 de entre 15 y 19 años (70,4%), tuvieron mayor porcentaje del consumo de drogas en el medio escolar. Rendimiento escolar bajo obtuvo un (65,4%) lo que corresponde a 17 adolescentes de sexo masculino, y el (59,3%) es decir 16 jóvenes en la adolescencia tardía (de 15 a 19 años). En cuanto a los otros factores de riesgo escolares fueron más frecuentes según el sexo en las mujeres y según la edad entre los 10 y 14 años.

El factor de riesgo más usual y de mayor importancia en la población de estudio fue el consumo de drogas en el colegio. Más del setenta por ciento de los adolescentes consumidores indicaron haber consumido drogas ilícitas dentro de la unidad educativa, lo que coincide con datos del Observatorio Social del Ecuador que expone que a nivel nacional es del 29% y en la Costa del 38%. (65) Y es de considerar que este factor se encuentra presente en los adolescentes de diferentes países (63-62) sin embargo en inferiores cifras y se estima que el motivo es fundamentalmente estudios realizados a nivel

nacional.

Lo que llama mucho la atención que este dato tan importante como es el uso en el colegio de sustancias conocidas como drogas ilícitas no se recoge en el último estudio nacional sobre este tema. (39) El rendimiento escolar bajo y la impuntualidad habitual a clases fueron factores de gran valor encontrados en la presente investigación, con más frecuencia se demostró en hombres de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad en similar proporción. Un estudio realizado en adolescentes escolarizados sobre consumo de sustancias y escuela: por Lucchese Burrone Enders y Fernández en Córdoba demuestra que las circunstancias que involucran baja vinculación, aprovechamiento e interés acerca del asunto educativo son factores sustanciales para problemas de conducta. (66)

La utilización de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en el medio escolar conocidas como conductas de riesgo, se asocian significativamente al vínculo que tenga el adolescente con su colegio. Inclusive, algunos investigadores declaran que esta asociación es mayor en comparación con la disfuncionalidad familiar. (67) Cuando a un muchacho le gusta su colegio y se siente cómodo en el mismo, los entornos educativos acogedores favorecen el desarrollo de la estima y la confianza, este hecho se torna en un factor protector para no consumir drogas ilícitas. (68)

Es responsabilidad del estado con sus gobernantes conseguir vías para lograr que en las instituciones escolares los jóvenes encuentren un ambiente amigable al proceso formativo, estimulando que haya participación por parte de los adolescentes y a la vez integración con empatía y así poder formar un binomio docente-alumno donde predomine el respeto la cordialidad con la finalidad de convertir a la institución educativa en un sitio acogedor para que educarlos sea un acto ameno y cálido, donde la formación sea una experiencia motivadora y sean educados de forma científica y emocional los adolescentes

que allí acudan.

Tabla 11: Distribución de adolescentes según sexo con factores de riesgo del grupo de amigos para el consumo de drogas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Factores de riesgo del grupo de amigos	Masculino		Femenino		Total	
	N=26		N=21		N=47	
	No.	%	No.	%	No.	%
Amigos que consumen drogas	19	73.1	12	57.1	31	66.0
Amigos con actos vandálicos	9	34.6	4	19.1	13	28.0
Amigos con problemas con la ley	6	23.1	4	19.1	10	21.3
Amigos que expenden drogas	4	15.4	3	14.3	7	15.0
Amigos que presionan para consumo de drogas	2	8.0	4	19.1	6	13.0

Fuente: Encuesta

Los adolescentes con amigos que consumen drogas fueron 19 de sexo masculino (73,1%) frente a 12 de sexo femenino (57.1%). Luego en menores porcentajes los amigos con actos vandálicos 9 de sexo masculino (34.6%) y 4 de sexo femenino (19.1%).

Tabla 12: Distribución de adolescentes según edad con factores de riesgo del grupo de amigos para el consumo de drogas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Factores de riesgo del grupo de amigos	10-14		15-19		Total	
	N=20		N=27		N=47	
	No.	%	No.	%	No.	%
Amigos que consumen drogas	11	55.0	20	74.1	31	66.0
Amigos con actos vandálicos	6	30.0	7	25.9	13	28.0
Amigos con problemas con la ley	2	10.0	8	29.6	10	21.3
Amigos que expenden drogas	2	10.0	5	18.5	7	15.0
Amigos que presionan para consumo de drogas	5	25.0	1	3.7	6	13.0

Fuente: Encuesta

Los adolescentes con amigos que consumen drogas según la edad, fueron 20 los que estuvieron entre 15 a 19 años (74,1%). Frente a 11 que estuvieron entre 10 a 14 años (55%). Luego los amigos con actos vandálicos fueron 7 de entre 15 a 19 años (25%) y 6 de entre 10 a 14 años (30%). Finalmente, con porcentajes menores están Amigos con problemas con la ley, Amigos que expenden drogas y Amigos que presionan para el consumo de drogas.

En lo que respecta al grupo de amigos, los factores de riesgo para el consumo de drogas se correspondieron con los amigos que consumen drogas ilícitas y con aquellos que realizan actos vandálicos. Mostraron cifras alarmantes en los adolescentes estos factores que forman parte de la presente investigación, y en gran porcentaje se encontraron en el sexo masculino y en la edad que comprende de 15 a 19 años. Estos datos no coinciden en su totalidad con estudios sobre el tema en países de América Latina y el Caribe con características similares a las del Ecuador. (69) Se ha incrementado en alrededor de 2 veces el riesgo de consumo de drogas por parte del grupo de amigos que consumen, y en un 39% en amigos involucrados en actividades

delictivas. (70, 71)

Los adolescentes con problemas con la ley tienen amigos que consumen drogas ilícitas en un alto grado. (62) La presión que ejerce el grupo de amigos para el consumo de sustancias ilícitas estuvo presente, sin embargo en una pequeña parte de los adolescentes investigados. Así que parece ser que el riesgo de consumir drogas ilícitas depende del entorno en el que se encuentra el adolescente más que de la presión que ejerzan otras personas para usarlas y de los factores de riesgo presentes en cada uno de ellos, de este modo las acciones de prevención minimizan el efecto de los factores de riesgo. (72) Por lo que se necesitan más investigaciones respecto a este tema.

En ciertos países de América y del Caribe entre la población de adolescente hay un elevado nivel de uso de drogas y esto acontece en individuos muy jóvenes, lo que se relaciona con mayores daños y gran riesgo de sufrir enfermedades causando quebrantamiento en su salud. (72) Según el presente estudio, cerca del cincuenta por ciento de los adolescentes indicaron haber consumido alguna droga ilícita por lo menos una ocasión durante su vida y aproximadamente un sesenta por ciento declaró que en el último mes ha consumido alguna droga.

El uso de sustancias psicotrópicas y estupefacientes fue más alto en hombres que en mujeres, resultados que se corresponden con estudios internacionales que, reportan similares porcentajes en el sexo masculino. (64, 63) La iniciación del consumo de drogas ilícitas en la población investigada fue en la adolescencia temprana es decir de 10 a 14 años de edad. Este resultado es muy similar a los de la cantidad de adolescentes, a nivel nacional en Ecuador y en el vecino país de Colombia. (39, 63)

La presión que ejercen los amigos como motivo para el consumo de drogas fue pequeña al compararla con la curiosidad y la de escapar de los problemas. En un estudio realizado en adolescentes en México sobre los motivos del

consumo de drogas reporta que entre los motivos más significativos para el consumo son los conflictos familiares y la violencia familiar, (73) y según el autor Rodríguez Duran en su estudio coincide con estos factores que incrementan la posibilidad de consumo incluyendo a los problemas personales, para sentirse bien y tomar valor para cometer actos delictivos. (74)

Las tablas de la 13 a la 16 resumen las variables de la edad de inicio del consumo, la motivación, droga consumida por primera vez, sitio de consumo y adquisición de las drogas, correspondientes al cuarto objetivo de la investigación.

Tabla 13: Distribución de adolescentes según edad de inicio de consumo de drogas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Edad (años) de inicio consumo de drogas	No.	%
10-14	25	53.2
15-19	22	46.8
Total	47	100.0

Fuente: Encuesta

La edad para el inicio del consumo de drogas con más frecuencia fue entre los 10 a 14 años en 25 adolescentes (53,2%).

Tabla 14: Distribución de adolescentes según motivación para el consumo de drogas ilícitas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Motivación para el consumo de drogas	No.	%
Curiosidad	13	27.7
Escapatoria	12	25.5
Hedónica	8	17.0
Imitación	6	12.8
Presión	6	12.8
Regalo	2	4.3
Otra	0	0.0
Total	47	100.0

Fuente: Encuesta

La motivación para el consumo de drogas ilícitas representó el mayor porcentaje la curiosidad en 13 adolescentes (27.7%), y la vía escapatoria 12 adolescentes (25,5%), estos fueron los motivos más importantes para el consumo. Siendo los menos frecuentes por regalo y la presión, quienes representaron 4,3% y 12.8% respectivamente.

Tabla 15: Distribución de adolescentes según la droga consumida por primera vez de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Droga consumida por primera vez	No.	%
H	21	44.7
Marihuana	19	40.4
Cocaína	6	12.8
Heroína	1	2.1
Total	47	100.0

Fuente: Encuesta

Los adolescentes indicaron que su primera droga ilícita consumida fue la H en 21 adolescentes (44.7%). La marihuana se ubicó en segundo lugar de

frecuencia en 19 adolescentes (40,4%). La Cocaína en tercer lugar en 6 adolescentes (12.8%) y finalmente la heroína en 1 adolescente (2.1%).

Tabla 16: Distribución de adolescentes según el sitio habitual de consumo de drogas ilícitas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Sitio habitual de consumo de drogas	No.	%
Colegio	35	74.5
Calle	7	14.9
Casa	4	8.5
Otro	1	2.1
Total	47	100.0

Fuente: Encuesta

El sitio más frecuente para el consumo de drogas ilícitas, indicaron 35 adolescentes que fue el colegio (74,5%), seguido de 7 adolescentes que indicaron la calle como segundo sitio de consumo (14,9%) lo que da un 89.4% de adolescentes que indicaron que consumen con mayor frecuencia en su centro de estudio y sus alrededores, así como también en la calle.

Tabla 17: Distribución de adolescentes según el sitio habitual de adquisición de drogas ilícitas de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Año 2018.

Sitio habitual de adquisición de drogas	No.	%
Calle	23	48.9
Colegio	16	34.0
Otro	6	12.8
Casa	2	4.3
Total	47	100.0

Fuente: Encuesta

El sitio para adquirir las drogas ilícitas más frecuente según 23 adolescentes fue la calle (48.9%), seguido 16 adolescentes que indicaron que es el colegio

(34.0%), lo que da un 82.9% de adolescentes que indicaron que los sitios más frecuentes para adquirir drogas son la calle y el colegio.

La droga conocida como H fue la droga consumida por primera vez en la población estudiada y esto no concuerda con algunos estudios realizados a nivel nacional e internacional, los mismos que expresan que el uso comienza con Marihuana así lo menciona Fernando García en su estudio realizado con adolescentes de Valencia (75) y generalmente se asocia al abuso del alcohol. (76)

En relación al sitio de consumo y adquisición de las drogas, fueron la calle y el colegio quienes predominaron, concordando con otros estudios realizados al respecto (52) lo que da a conocer la facilidad del acceso a las drogas ilícitas por parte de los adolescentes debido a la falta de control en los centros de educación, coincidiendo con estudios realizados en México y Colombia donde hay cifras que van en aumento respecto al uso de drogas por parte de los adolescentes. (77, 78)

16 CONCLUSIONES

El consumo de drogas por parte de los adolescentes ha experimentado un incremento en los últimos años, especialmente en las zonas sub urbanas similares a la del centro de salud en donde se identifica un alto porcentaje de jóvenes consumidores

La población de estudio es similar socio demográficamente a la del resto de adolescentes de la ciudad de Guayaquil, pues la mayoría son escolarizados, predomina la etnia mestiza.

La disfuncionalidad familiar, la falta de apoyo en el núcleo familiar y las condiciones psicológicas individuales se encuentran, en la mayor parte de los adolescentes. El desfavorable medio escolar con múltiples carencias en cuanto a infraestructura y a la presencia de personal especializado, al mismo tiempo del dañino grupo de amigos son significativos factores de riesgo encontrados en la población investigada en la mayor parte.

El consumo de drogas es mayor entre los adolescentes de sexo masculino frente al femenino y la edad que predomina es en la adolescencia tardía. El uso de drogas ilícitas inicia en la adolescencia temprana con la droga H, seguida muy cerca por la marihuana y, finalmente la heroína. Los motivos de mayor trascendencia para consumir drogas ilícitas son por curiosidad y para escapar de los problemas. El colegio y la calle son sitios frecuentes para usar y adquirir las drogas.

17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El problema del consumo de drogas de los adolescentes va en aumento, incluso mayor en comparación con los adultos. Gracias a que el médico familiar estuvo brindando servicio durante tres años se pudo realizar esta investigación, en la que se pudo contactar con los adolescentes y sus familiares y caracterizar así el consumo de drogas en los mismos, a pesar de tener como limitante la situación de peligro que representa la zona asignada.

La importancia de conocer las características de los jóvenes consumidores de drogas permite adquirir elementos y herramientas para elaborar estrategias de prevención y tratamiento en esta población.

Se considera oportuno profundizar en la esfera afectiva de los adolescentes e incrementar los estudios en las instituciones docentes de la localidad del Guasmo.

18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas [Internet]. New York: Naciones Unidas; 2016 [Citado 2017 Nov 13]. 8 p. Disponible en: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/V1604260_Spanish.pdf
2. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment and Family Therapy [Internet]. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2004 [Citado 2017 Nov 20]. XVIII p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64258/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente [Internet]. Washington: OPS; 2010 [Citado 2017 Nov 14]. 7 p. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2011 [Internet]. New York: UNICEF; 2011 Feb [Citado 2017 Nov 13]. 6 p. Disponible en: [https://www.unicef.org/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011\(1\).pdf](https://www.unicef.org/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011(1).pdf)
5. Born D, Minujín A, Lombardía LM. Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente [Internet]. Panamá: UNICEF; 2015 [Citado 2017 Nov 18]. 22 p. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes_y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Adolescencia una etapa fundamental [Internet]. New York: UNICEF; 2002 [Citado 2017 Nov 16]. 5-8 p. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
7. Foulkes L, Blakemore SJ. Is there heightened sensitivity to social reward in adolescence? Curr Opin Neurobiol [Internet]. 2016 Oct [Citado 2017 Nov 18]; 40: 81-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.conb.2016.06.016>
8. Molero M, Pérez, Gázquez JJ, Barragán AB. Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. Atención Familiar [Internet]. 2017 Abr [Citado 2017 Nov 16]; 24(2): 56 – 61. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.02.001>
9. Vázquez Fernández ME, Muñoz Moreno MF, Fierro Urturi A, Alfaro González M, Rodríguez Carbajo ML, Rodríguez Molinero L. Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. Rev. Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Nov 21]; 16(62):125-134. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000300005...>

10. World Health Organization. Global status report on alcohol and health [Internet]. Geneva; 2014 [Citado 2017 Nov 11]. 7 p. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
11. Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas. Informe sobre Uso de Drogas en las Américas 2015 [Internet]. Washington; 2015 [Citado 2017 Nov 15] Disponible en: www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?id=3209
12. Tomczyk S, Hanewinkel R, Isensee B. Multiple substance use patterns in adolescents—A multilevel latent class analysis. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2015 Oct 1 [Citado 2017 Nov 19]; 155(2015):208-214. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.07.016>
13. Lamont A, Woodlief D, Malone P. Predicting high-risk versus higher-risk substance use during late adolescence from early adolescent risk factors using latent class analysis. Addict Res Theory [Internet]. 2013 Mar 25 [Citado 2017 Noviembre 17]; 22(1):78-89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/16066359.2013.772587>
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2009 [Citado 2017 Nov 12]. 14 p. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf?ua=1
15. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Observatorio Nacional de Drogas. Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años [Internet]. Quito: Imprenta Full Color; 2013 [Citado 2017 Nov 12]. Disponible en: <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/plugins/download-monitor/download.php?id=36&force=1>
16. Observatorio Social del Ecuador. Niñez y Adolescencia desde la Intergeneracionalidad [Internet]. Quito; 2016 [Citado 2017 Nov 15]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/Ninez_Adolescencia_Intergeneracionalidad_Ecuador_2016_WEB2.pdf
17. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Agenda Zonal ZONA 8- Guayaquil Guayaquil, Samborondón y Durán 2013-2017 [Internet]. Quito: SENPLADES; 2015 [Citado 2017 Nov 7]. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Agenda-zona-8.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud. Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria [Internet]. Geneva: Services WDP; 2015 [Citado 2017 Nov 14].

Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178251/1/9789243508313_spa.pdf?ua=1

19. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol.* [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Nov 20]; 32(2): 634-645. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042&lng=es.

20. Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ* [Internet]. 1996 May 11 [Citado 2017 Nov 12]; 312: 1215-1218. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7040.1215>

21. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002 [Citado 2017 Nov 20]. 17 p. Disponible en: <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>

22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) [Internet]. Quito: MSP; 2013 [Citado 2017 Nov 12]. 133 p. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

23. Casas J, Repullo JR, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). *Aten Prim* [Internet]. 2003 [Citado 2017 Nov 15]; 31(9):592-600. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79222-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79222-1)

24. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Plan nacional de prevención integral de drogas 2012-2013 [Internet]. Quito: CONSEP; 2012 [Citado 2017 Nov 13]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_prevenci%C3%B3n.pdf

25. Royo J, Masip J, Feliu M. Drogas en adolescentes y jóvenes. ¿Qué ha cambiado? *FCM* [Internet]. 2015 Dic [Citado Nov 12]; 22(10):544-553. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.03.028>

26. Maturana A. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *REV MED CLIN CONDES* [Internet]. 2011 [Citado 2017 Nov 12]; 22(1): 98-109. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011703972-S300>

27. Organización Mundial de la Salud. Introduction to Drug Utilization Research [Internet]. Oslo: WHO; 2003 [Citado 2017 Nov 11]. Disponible en:

<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4876e/s4876e.pdf>

28. Vega L, Rendón A, Villatoro J. Estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena residente y originaria de la ciudad de México [Internet]. México. 2015 [Citado 2017 Nov 15]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Mexico%202015%20CONSUMO%20POB%20IND_%20SIN%20MARCAS.pdf

29. Molero Jurado M, Pérez Fuentes M, Gázquez Linares J, Barragán Martín A. Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. Aten Fam [Internet]. 2017 Jun [Citado 2017 Nov 11]; 24(2): 56-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.02.001>

30. Ministerio de Salud Pública. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes [Internet]. Quito: Editora Galaxy; 2009 [Citado 2017 Nov 15]. Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-familiar-y-comunitaria&alias=54-manual-de-normas-y-procedimientos-para-la-atencion-integral-de-los-y-las-adolescentes&Itemid=599

31. Gómez DT, Gutiérrez M, Londoño SP. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. Psychol. av. discip. [Internet]. 2013 Jul [citado 2016 Jul 1]; 7(1): 45-51. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862013000100005&lng=pt&tlng=pt

32. Fidalgo TM, Tarter R, da Silveira ED, Kirisci L, da Silveira DX. Validation of a Short Version of the Revised Drug Use Screening Inventory (DUSI-R) in a Brazilian Sample of Adolescents. The American journal on addictions/ American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions. [Internet]. 2010 Jul-Ago. [Citado 2017 Nov 10]; 19(4): 364-367. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911645/>

33. Ministerio de Salud Pública. Caja de herramientas. Documentos de apoyo técnico [Internet]. Quito: MSP; 2009 [Citado 2017 Nov 11]. Disponible en: <http://www.hgp.gob.ec/index> Consejo nacional de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Programa internacional: Formación de formadores. Módulo III: consideraciones básicas y estrategias metodológicas para el desarrollo de programas preventivos en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas. Lima: OPCION; 2006. [.html/images/documentos/normas/1%20CAJA%20DE%20HERRAMIENTAS%20ADOLESCENCIA.pdf](http://www.hgp.gob.ec/images/documentos/normas/1%20CAJA%20DE%20HERRAMIENTAS%20ADOLESCENCIA.pdf)

34. Consejo nacional de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Programa internacional: Formación de formadores. Módulo III: consideraciones básicas y estrategias metodológicas para el desarrollo de

programas preventivos en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas. Lima: OPCION; 2006.

35. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Décimo primer estudio nacional de drogas en población general. Santiago de Chile: Observatorio Chileno de Drogas; 2015.

36. Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas. Informe mundial sobre las drogas 2014: resumen ejecutivo. Nueva York: United Nations publication; 2014.

37. Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas. Informe mundial sobre las drogas 2015: resumen ejecutivo. S.I.: UNODC Research; 2015.

38. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: OPS; 2009.

39. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Observatorio Nacional de Drogas. Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Quito: Imprenta Full Color; 2013

40. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Observatorio Nacional de Drogas. Tercera encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza media 2008. Quito: CONSEP; 2008.

41. Centro de Salud 25 de Enero. Departamento de Estadísticas. Atenciones CIE-10: F11-F19 desde año 2017 hasta abril 2018. 2018.

42. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2015 [citado 2018 marzo 1]. Temas de salud: factores de riesgo. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

43. Instituto Nacional en Abuso de Drogas. Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes: una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. Segunda Edición. Versión Abreviada. Bethesda: NIDA; septiembre 2004.

44. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2016 [citado 2018 Marzo 2]. Centro de Prensa: La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

45. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. Acta bioeth. [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Marzo 2]; 22(1): 51-61.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>

46. Ministerio de Salud Pública. Caja de herramientas. Documentos de apoyo técnico. Quito: MSP; 2009.

47. Instituto Deusto de Drogodependencias. Drogas y escuela VIII: Las drogas entre los escolares de Euskadi treinta años después; Bilbao: Universidad de Deusto; 2012.

48. Barros Blanco MA. Efectos del consumo de drogas sobre la salud de los adolescentes [Tesis para grado]. Santander: Universidad de Cantabria; 2013.

49. Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y medicina; 3.ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014.

50. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.

51. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.

52. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Quito: INEC; 2010.

53. Ramírez Carmenza R, Álvarez M, Valencia Prieto G, Tirado Otálvaro F. Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2012 Jul [citado 2018 May 19]; 41(3): 606-619. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000300011&lng=en

54. Collado-Mateo MJ, Díaz-Morales JF, Escribano C, Delgado P. Matutinidad-vespertinidad y ansiedad rasgo en adolescentes. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2013 Ene [citado 2018 May 19]; 29(1): 90-93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.138821>

55. Rivera-Rivera, L. et al. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud pública Méx* [online]. 2015, vol.57, n.3, pp.219-226. ISSN 0036-3634.

56. Lipari RN, Hedden SL. Serious Mental Health Challenges among Older Adolescents and Young Adults. 2014 May 6. En: *The CBHSQ Report*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013 [citado 2018 May 19]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385056/>

57. Anyan F, Hjemdal O. Adolescent stress and symptoms of anxiety and

depression: Resilience explains and differentiates the relationships. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 Oct [citado 2018 May 19]; 203: 213-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27310100>

58. Ruiz Candina Héctor, Herrera Batista Aleida, Martínez Betancourt Ayní, Supervielle Mezquida Mayda. Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Mayo 20]; 33(4): 414-421. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000400008&lng=es.

59. Elicker E, Palazzo LS, Aerts D, Rangel G, Alves GG, Câmara S. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 Sep. [Citado 2018 May 19]; 24(3): 399-410. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300006>

60. Guillen Pereira Lisbet, Arma Castañeda Nelly Paola, Formoso Mieres Alleyne Antonio, Guerra Santiesteban José Ramón, Vargas Vera Danilo Fernando, Fernández Lorenzo Angie. Pedagogic strategy to reduce and to prevent the consumption of drugs from Physical Education. *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Mayo 20]; 36(2): 111-126. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000200010&lng=es.

61. Camps-Pons Sara, Castillo-Garayoa José A., Cifre Ignacio. Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud* [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Mayo 19]; 25(1): 67-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742014000100007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a6>.

62. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. I Encuesta Nacional Sobre el Consumo de Drogas en Adolescentes Infractores del Poder Judicial. Lima: DEVIDA; 2013

63. González Yolanda, Mann Robert, Hamilton Hayley, Erickson Patricia, Sapag Jaime, Brands Bruna et al. El uso de drogas entre los estudiantes universitarios y su relación con el maltrato durante la niñez y la adolescencia. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2018 May 19]; 24(spe): 88-96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000600088&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001110014>.

64. Marcon SR, De Sene JO, De Oliveira JR. Family context and drug use in adolescents undergoing treatment. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental*

Álcool Drog. (Ed. port.) [Internet]. 2012 Sep [citado 2018 May 19]; 11(3): 122-128. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i3p122-128>

65. Observatorio Social del Ecuador. Niñez y Adolescencia desde la Intergeneracionalidad Ecuador 2016. Quito: Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia; 2016.

66. Lucchese M, Burrone MS, Enders, JE, Fernández AR. Consumo de sustancias y escuela: un estudio en adolescentes escolarizados de Córdoba/ Substance use and school: a study in adolescent students in Cordoba. Rev. Salud pública [Internet]. 2013 Abr [citado 2018 May 19]; 17(1): 32-41. Disponible en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_1_06_art3.pdf

67. Rovis D, Bezinovic P, Basic J. Interactions of School Bonding, Disturbed Family Relationships, and Risk Behaviors Among Adolescents. J Sch Health. [Internet]. 2015 Oct [citado 2018 May 19]; 85(10): 671-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26331749>

68. Cardoso LR, Malbergier A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. Psicol. Esc. Educ. [Internet]. 2014 Ene-Jun [citado 2018 May 19]; 18(1): 27-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572014000100003>

69. López Larrosa, S, Rodríguez-Arias Palomo, L. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. Psicothema [Internet]. 2010; 22(4):568-573. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007>

70. Maldonado García V, Costa JR, Moacyr L. Illegal drug consumption and the relation with the environment. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [Internet]. 2016 Mar [2016 Oct 10]; 12(1): 3-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i1p3-11>.

71. Elicker E, Palazzo LS, Aerts D, Rangel G, Alves GG, Câmara S. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2015 Sep [citado 2016 Oct 10]; 24(3): 399-410. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300006>

72. PERUAGA, Armando; RINCÓN, A.; SELIN, H... El consumo de sustancias adictivas en las Américas. **Adicciones**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 227-238, abr. 2002. ISSN 0214-4840. Disponible en: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/505>>. Fecha de acceso: 20 may. 2018 doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.505>.

73. Esbec, E, Echeburúa, E. Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones* [Internet]. 2016; 28(1):48-56. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289144321007>
74. Rodríguez Durán, C. A., Echeverría, L., Martínez, K. I., & Morales-Chainé, S. Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*. 2017; 3(1): 16-37. Disponible en: <http://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2017.1.03>
75. Fuentes María C., Alarcón Antonio, García Fernando, Gracia Enrique. Use of alcohol, tobacco, cannabis and other drugs in adolescence: effects of family and neighborhood. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2015 Oct [citado 2018 Mayo 21]; 31(3): 1000-1007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000300026&lng=es. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.183491>.
76. Rees Reginald, Valenzuela Alejandra. Individual and family structure characteristics of a group of adolescent's abusers of alcohol and/or cannabis. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2003 Jul [citado 2018 Mayo 20]; 41(3): 173-186. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000300002>.
77. Villatoro Velázquez Jorge A., Gaytán Flores Filiberto, Moreno López Midiam, Gutiérrez López María de Lourdes, Oliva Robles Natania, Bretón Cirett Michelle et al. Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2018 Mayo 20]; 34(2): 81-94. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200001&lng=es.
78. Medina Arias, N, Carvalho Ferriani, MdG. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en UN municipio de Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2010; 18:504-512. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421939004>

19 ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para representantes de los adolescentes menores de 18 años.

Formulario de consentimiento.

Yo _____, con cédula de ciudadanía No _____, como representante del adolescente _____, he recibido la información brindada por la Dra. Germania Mariana Rosero Mora (postgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil) con cédula de ciudadanía No. 0919604397 y teléfono # 0984268608, sobre la investigación que tiene el propósito de identificar las situaciones y motivaciones que llevan a los adolescentes al uso de drogas. También se me comunicó que responderá un cuestionario sobre la problemática de las drogas; dicho cuestionario será respondido en una sola ocasión y en un lapso de tiempo de 30 minutos y el adolescente no tendrá que escribir su nombre en el mismo.

Además, doy mi aprobación para que los resultados de la investigación puedan ser publicados, asegurando que se mantenga la confidencialidad y anonimato de mi representado, y que este participe con el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que se afecte en ninguna manera la atención que recibirá en el centro de salud por parte del personal médico y profesional a cargo.

Firma del representante: _____

Fecha:

Hora:

Firma del médico: _____

Anexo 2. Consentimiento informado para adolescentes mayores de 18 años.

Formulario de consentimiento.

Yo _____, con cédula de ciudadanía No _____, he recibido la información brindada por la Dra. Germania Mariana Rosero Mora (postgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil) con cedula de ciudadanía No. 0919604397 y teléfono # 0984268608, sobre la investigación que tiene el propósito de identificar las situaciones y motivaciones que llevan a los adolescentes al uso de drogas. También se me comunicó que se me aplicará un cuestionario sobre la problemática de las drogas; dicho cuestionario será respondido en una sola ocasión y en un lapso de tiempo de 30 minutos y no tendré que escribir mi nombre en el mismo.

Además, doy mi aprobación para que los resultados de la investigación puedan ser publicados, asegurando que se mantenga la confidencialidad y anonimato, y que participe con el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, sin que se afecte en ninguna manera la atención que recibo en el centro de salud por parte del personal médico y profesional a cargo.

Firma: _____

Fecha:

Hora:

Firma del médico: _____

Anexo 3. Cuestionario sobre consumo de drogas.

No escribas tu nombre en el cuestionario. Nadie sabrá tus respuestas.

Lee detenidamente las siguientes preguntas y señala con una equis (X) o contesta según corresponda.

1. *¿Consumes drogas?: Si ___ No ___*
2. *¿Qué edad tienes?: ___*
3. *¿Qué sexo tienes?: Hombre ___ Mujer ___*
4. *¿Estudias?: Si ___ No ___ En que grado ___*
5. *¿Cómo te auto identificas étnicamente?: Indígena ___ Afro ecuatoriano ___ Mulato ___ Montubio ___ Mestizo ___ Blanco ___ No sabe ___*
6. *Me siento tenso o nervioso: Casi todo el día (3) ___ Gran parte del día (2) ___ De vez en cuando (1) ___ Nunca (0) ___*
7. *Tengo una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: Sí y muy intenso (3) ___ Sí, pero no muy intenso (2) ___ Sí, pero no me preocupa (1) ___ No siento nada de eso (0) ___*
8. *Tengo la cabeza llena de preocupaciones: Casi todo el día (3) ___ Gran parte del día (2) ___ De vez en cuando (1) ___ Nunca (0) ___*
9. *Soy capaz de permanecer sentado, tranquilo y relajadamente: Siempre (0) ___ A menudo (1) ___ Raras veces (2) ___ Nunca (3) ___*
10. *Experimento una desagradable sensación de “nervios” y hormigueos en el estómago: Nunca (0) ___ Solo en algunas ocasiones (1) ___ A menudo (2) ___ Muy a menudo (3) ___*
11. *Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme: Realmente mucho (3) ___ Bastante (2) ___ No mucho (1) ___ Nada (0) ___*
12. *Experimento de repente sensaciones de gran angustia o miedo: Muy a menudo (3) ___ Con cierta frecuencia (2) ___ Raramente (1) ___ Nunca (0) ___*
13. *Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre: Ciertamente igual que antes (0) ___ No tanto como antes (1) ___ Solamente un poco (2) ___ Ya no disfruto nada (3) ___*
14. *Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: Igual que siempre (0) ___ Actualmente algo menos (1) ___ Actualmente mucho menos (2) ___*

Actualmente nunca (3) ___

15. Me siento alegre: Nunca (3) ___ Muy pocas veces (2) ___ En algunas ocasiones (1) ___ Gran parte del día (0) ___

16. Me siento torpe: Gran parte del día (3) ___ A menudo (2) ___ A veces (1) ___ Nunca (0) ___

17. He perdido el interés por mi aspecto personal: Completamente (3) ___ No me cuido como debería hacerlo (2) ___ Es posible que no me cuide como debiera (1) ___ Me cuido como siempre lo he hecho (0) ___

18. Espero las cosas con ilusión: Como siempre (0) ___ Algo menos que antes (1) ___ Mucho menos que antes (2) ___ Nunca (3) ___

19. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: A menudo (0) ___ Algunas veces (1) ___ Pocas veces (2) ___ Casi nunca (3) ___

20. ¿Tus padres conocen lo que realmente piensas y/o sientes sobre las cosas que para ti son importantes?: Sí ___ No ___

21. ¿Tus padres discuten mucho entre sí?: Sí ___ No ___

22. ¿En tu casa existen reglas claras sobre lo que se puede o no se puede hacer?: Sí ___ No ___

23. ¿Alguno de tus padres consume frecuentemente alcohol y/o drogas?: Sí ___ No ___

24. ¿Tienes discusiones frecuentes con tus padres en las que se termina gritando y/o llorando?: Sí ___ No ___

25. ¿Tienes buenas notas, en general?: Sí ___ No ___

26. ¿Haces los deberes?: Sí ___ No ___

27. ¿Faltas mucho al colegio?: Sí ___ No ___

28. ¿Llegas tarde al colegio frecuentemente?: Sí ___ No ___

29. ¿Se consume drogas en el interior del colegio?: Sí ___ No ___

30. ¿Alguno de tus amigos ha tenido problemas con la ley?: Sí ___ No ___

31. ¿Tus amigos han robado o han dañado alguna cosa a propósito?: Sí ___ No ___

32. ¿Alguno de tus amigos vende, vendía o les daba drogas a otros chicos?:
Sí ___ No ___

33. ¿Alguno de tus amigos consume alcohol y/o drogas?: Sí ___ No ___

34. ¿Alguno de tus amigos te ha presionado o insiste mucho para que consumas drogas?: Sí ___ No ___

35. ¿Alguna vez en tu vida has consumido drogas? (marihuana, cocaína, heroína, "H", "perica", "plopló", ¿entre otras?: Sí ___ No ___ (Si tu respuesta fue SÍ entonces continúa con el cuestionario; si tu respuesta fue NO entonces ya no continúes con el cuestionario).

36. ¿A qué edad consumiste drogas por primera vez?: ___

37. ¿Por qué motivo consumiste droga la primera vez?: Para sentirte bien ___
Para escapar de los problemas ___ Por imitar a tus amigos ___ Porque alguien te la regaló ___ Porque algún amigo te presionó para que lo hagas ___ Por curiosidad ___ Otra (escribe cuál fue el motivo) _____

38. ¿Cuál fue la droga que consumiste por primera vez?: Marihuana ___
Cocaína ___ Heroína ___ Otra (escribe el nombre) _____

39. ¿Dónde consigues más la droga?: En la casa ___ En la calle ___ En el colegio ___ Otro (escribe dónde) _____

40. ¿Dónde consumes más la droga?: En la casa ___ En la calle ___ En el colegio ___ Otro (escribe dónde) _____

¡Gracias por participar!



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rosero Mora Germania Mariana**, con C.C: # **0919604397** autor/a del trabajo de titulación: **Caracterización del consumo de drogas en adolescentes de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero** previo a la obtención del título de **Médico Familiar y Comunitario** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **17 de diciembre de 2018**

f. _____

Nombre: **Rosero Mora Germania Mariana**
C.C: **0919604397**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caracterización del consumo de drogas en adolescentes de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018.		
AUTOR(ES)	Germania Mariana Rosero Mora.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Georgina Jiménez Estrada.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Medicina.		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria.		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico Familiar y Comunitario.		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	68
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Medicina familiar y ciencias de la salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Drogas, adolescencia, factores de riesgo		
RESUMEN/ABSTRACT: Antecedentes: Consumir drogas, atenta contra la salud de los adolescentes. Constituye una causa principal de lesiones, violencia y fallecimientos precoces. El objetivo es caracterizar el consumo de drogas en adolescentes de los consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de enero. Materiales y métodos: Investigación observacional, descriptiva y transversal. Universo 47 adolescentes. Previo consentimiento informado se realizó una encuesta escrita, anónima por una ocasión durante enero y febrero del 2018. Resultados: Factores de riesgo más frecuentes fueron: vínculos familiares débiles (66,0%), amigos que consumen drogas (66,0%) y maltrato psicológico familiar (49,0%). La edad de inicio se encontró entre los 10 a 14 años (53,2%). Los motivos principales fueron curiosidad (27,7%) y vía escapatoria (25,5%). La primera droga consumida fue la H (44,7%) seguida de la marihuana (40,4%). El colegio fue el mayor sitio de consumo de drogas (74,5%) y la calle fue el sitio de adquisición (48,9%). Conclusiones: El consumo inicia en la adolescencia temprana con la droga H, seguida de la marihuana, la mayor parte lo hace por curiosidad y para escapar de problemas. El colegio es un sitio frecuente para su uso y para la obtención la calle. Los vínculos familiares débiles, grupos de pares y el medio escolar son factores de riesgo importantes encontrados en la población estudiada.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2132256	E-mail: pdjr1315@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Landívar Varas Xavier		
	Teléfono: +593-4-3804600		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			