



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN  
ADOLESCENTES DEL CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR #3 DEL  
CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018”**

**AUTOR:**

**VERA MEJÍA, CARLOS FERNANDO**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

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

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**DIRECTORA:**

**CALDERÓN RODRÍGUEZ, MERCEDES**

**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 *el/la Dr. (a) Carlos Fernando Vera Mejía*, 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

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

---

Calderón Rodríguez, Mercedes

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Landívar Varas, Xavier Francisco



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

*YO, Vera Mejía Carlos Fernando*

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación «*Factores de riesgo para el consumo de droga en adolescentes del consultorio de medicina familiar #3 del centro de salud Santa Elena. Año 2018.*» 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 días 17 del mes de diciembre del año 2018

**EL AUTOR:**

---

Vera Mejía, Carlos Fernando



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

**AUTORIZACIÓN:**

*Yo, Carlos Fernando Vera Mejía*

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: «Factores de riesgo para el consumo de droga en adolescentes del consultorio de medicina familiar #3 del centro de salud Santa Elena. Año 2018», 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:**

---

Vera Mejía, Carlos Fernando

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS.docx (D45651324)  
Submitted: 12/12/2018 11:33:00 PM  
Submitted By: carlin\_007@hotmail.com  
Significance: 1 %

### Sources included in the report:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=51132-05592014000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51132-05592014000100008)  
[https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO\\_ADOLESCENTES\\_SPAs\\_UNODC-CEPRO.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEPRO.pdf)

### Instances where selected sources appear:

2

## **1 Agradecimiento**

A Dios por darme la vida, salud y sabiduría para culminar con éxito esta noble carrera, a todas las personas que colaboraron de una u otra manera a la realización de este trabajo, en especial a mi esposa Lcda. Yadira Perero por todo su apoyo y cariño y a la Dra. por su dirección en esta tesis.

## **2 Dedicatoria**

A toda mi familia que fue parte importante en este proceso, por su apoyo incondicional y su aliento a continuar y no desmayar.



**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



**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**II COHORTE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

TEMA:	"FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DEL CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR #3 DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA, AÑO 2018 "
ALUMNO:	CARLOS FERNANDO VERA MEJÍA
FECHA:	

	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓ N /40	CALIFICACIÓ N TOTAL /100	FIRMA
<b>1</b>	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
<b>2</b>	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
<b>3</b>	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
<b>NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>						

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**Lo certifico,**

\_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

\_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE OPOSICIÓN

\_\_\_\_\_  
DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## 5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA.....	VII
3 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
4 CALIFICACIÓN.....	IX
5 ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	X
6 ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
7 ÍNDICE DE ANEXOS.....	XII
8 RESUMEN.....	XIII
9 ABSTRACT.....	XIV
10 INTRODUCCIÓN.....	1
11 EL PROBLEMA.....	5
11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	5
11.2 FORMULACIÓN.....	6
12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	7
12.1 GENERAL.....	7
12.2 ESPECÍFICO.....	7
13 MARCO TEÓRICO.....	8
13.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ADOLESCENCIA.....	8
13.2 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.....	12
13.3 FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS.....	13
13.4 ADICCIONES A LAS DROGAS.....	18
13.5 TIPOS DE CONSUMIDORES.....	19
14 MÉTODOS.....	21
14.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	21
14.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	21
14.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	22
14.2.3 Técnicas de recolección de información.....	26
14.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	27
14.3 VARIABLES.....	28
14.3.1 Operacionalización de variables.....	28
15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
16 CONCLUSIONES.....	45
17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	46

## 6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN GRUPO DE EDAD.....	31
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO.....	32
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN ESCOLARIDAD.....	32
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN RELIGIÓN.....	33
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CON FACTOR DE RIESGO INDIVIDUAL (AUTOESTIMA) SEGÚN SEXO.....	34
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CON FACTOR DE RIESGO INDIVIDUAL (AUTOESTIMA) SEGÚN GRUPO DE EDADES.....	35
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CON FACTOR DE RIESGO INDIVIDUAL (ANSIEDAD) SEGÚN GRUPO DE EDADES.....	36
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CON FACTOR DE RIESGO INDIVIDUAL (ANSIEDAD) SEGÚN SEXO.....	37
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CON FACTOR DE RIESGO FAMILIAR SEGÚN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SEGÚN SEXO.....	38
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CON FACTOR DE RIESGO FAMILIAR SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR Y SEGÚN SEXO.....	39
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CON FACTOR DE RIESGO SOCIAL (AMIGOS CONSUMIDORES) SEGÚN SEXO.....	40
TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CON FACTOR DE RIESGO SOCIAL (UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE) SEGÚN GRUPO DE EDADES.....	41
TABLA 13: PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES.....	42
TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CONSUMIDORES SEGÚN DONDE ADQUIERE LA DROGA Y SEGÚN SEXO.....	42
TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EL TIPO DE DROGA QUE CONSUMI Y SEGÚN GRUPO DE EDADES Y SEXO.....	43
TABLA 16: PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES SEGÚN GRUPO DE EDADES EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.....	44
TABLA 17: PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES SEGÚN TIPO DE DROGA Y GRUPO DE EDADES EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.....	45

## 7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBER.....	53
ANEXO 2: CUESTIONARIO FF SIL.....	54
ANEXO 3: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.....	55
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPRESENTANTES DE LOS ADOLESCENTES.....	57
ANEXO 5: ENCUESTA.....	58

## 8 Resumen

**Antecedentes:** El consumo de drogas en la etapa adolescente constituye, un foco de interés creciente en las investigaciones. Algunas conclusiones de estos estudios apuntan hacia un inicio cada vez más temprano del consumo. Con esta investigación se pretende trabajar en un tema difícil pero necesario, con la participación del médico familiar, por lo que es factible y pertinente su realización y solo es posible desde la Atención Primaria de Salud.

**Materiales y Métodos:** Investigación observacional, descriptiva y transversal. Universo de 315 adolescentes pertenecientes a 197 familias a través de muestreo a conveniencia. Previo consentimiento informado se realizó una encuesta por escrito, anónima y por una sola ocasión en consulta y comunidad durante el año 2018.

**Resultados:** Se evidenció que el 51,7% de la población es femenina, con un 61% de estudios secundarios incompletos, 283 adolescentes que corresponden al 89,9% tienen autoestima baja, un 20,5% tienen ansiedad moderado-grave, el 16,2% tiene una estructura familiar monoparental, y el 19,7% tiene disfunción familiar. El 32,7% de los adolescentes tienen amigos consumidores. La droga más consumida fue la marihuana prevaleciendo en el sexo femenino con un 20%.

**Conclusiones:** predominó el sexo femenino en la población, con estudio secundario incompleto y prevaleció la religión católica. Los factores de riesgo identificados, aunque no predominaron fueron, autoestima baja, ansiedad moderada-grave, disfunción familiar, estructura familiar monoparental, amigos consumidores, uso de tiempo libre en bares y discotecas y lugar de adquisición de droga en colegio y calle.

**Palabras Clave:** Adolescentes, droga, factores de riesgo

## 9 Abstract

**Background:** The consumption of drugs in the adolescent stage constitutes a growing focus of interest in research. Some conclusions of these studies point to an increasingly early onset of consumption. This research aims to work on a difficult but necessary issue, with the participation of the family doctor, so that it is feasible and relevant to carry out and is only possible from the Primary Health Care. **Materials and Methods:** Observational, descriptive and transversal research. Universe of 315 adolescents belonging to 197 families through convenience sampling. After informed consent, a written survey was conducted, anonymously and for a single occasion in consultation and community during the year 2018. **Results:** It was evidenced that 51.7% of the population is female, with 61% of incomplete secondary studies, 283 adolescents that correspond to 89.9% have low self-esteem, 20.5% have moderate-severe anxiety, 16.2% have a single-parent family structure, and 19.7% have family dysfunction. 32.7% of adolescents have consumer friends. The most consumed drug was marijuana prevailing in the female sex with 20%. **Conclusions:** the female sex predominated in the population, with incomplete secondary study and the Catholic religion prevailed. The identified risk factors, although they did not predominate, were low self-esteem, moderate-severe anxiety, family dysfunction, single-parent family structure, consumer friends, use of free time in bars and nightclubs and place of drug acquisition in school and street.

**Keywords:** Adolescents, drug, risk factors

## **10 INTRODUCCIÓN**

La adolescencia es el ciclo de la vida más deslumbrante y tal vez el más enredado o difícil, una etapa en que los jóvenes aceptan nuevos retos y descubren un génesis de percepciones de autosuficiencia. Los adolescentes escudriñan su personalidad, aplican enseñanzas aprendidas en su primera etapa de vida (infancia) y a desplegar habilidades que les posibiliten transformarse en adultos amables y empoderados (1).

Si los adolescentes obtienen el empuje y la ayuda de los adultos, se desenvuelven de formas impensables, transformándose en integrantes incluyentes de sus familias y comunidades y predispuestos a cooperar. Cargados de fuerza, fígoneo y de un alma apasionada que no se apaga sencillamente, los adolescentes poseen en sus manos el talento de transformar los patrones de comportamiento sociales perjudiciales y dañinos, y deslindar con el período de la violencia y la discriminación social que se transfiere de generación en generación (1).

Con su imaginación, fuerzas y ganas de conquistarlo todo, los adolescentes pueden mudar el planeta de manera conmovedora, alcanzando que el mundo sea un mejor lugar para habitar, no únicamente para ellos sino incluso para todos los seres humanos (1).

Mas o menos a los 10 años de edad, empiezan un distendido recorrido a través de la adolescencia. Con sus sendas y caminos rocosos, accidentados, empinados e indefinidos, este deslumbrante recorrido puede derivar en agotamiento y confusión. Marca el inicio de una indagación por la identidad y de una vereda para entregarle un sentido a la vida y descubrir un sitio en el planeta donde se sienta capaz de habitar y desarrollarse.

Se estima que en el planeta tierra existen 1.200 millones de adolescentes que oscilan entre 10 y 19 años de edad, la más grande generación de adolescentes en la historia de la humanidad. Más de dos tercios de adolescentes residen en países en desarrollo, fundamentalmente en áreas urbanas (1).

Estos jóvenes manejan negocios, son electos directivos de las escuelas y vecindarios. La mayor parte manejan las arsas de una familia, protegen a sus hermanos menores o miembros de la familia menor a ellos en edad y de padres o familiares que padezcan de alguna enfermedad discapacitante, instruyen a sus amigos acerca de los retos que tiene la vida y los diferentes modos de defenderse contra enfermedades mortales como los de transmisión sexual, y acerca de los comportamientos comprometedores tales como el alcoholismo y el tabaquismo (1).

Hay un gran porcentaje de adolescentes que laboran 8 a 10 horas durante el día en agricultura, construcción, pesca, exponiendo su integridad y salud en guerras y adquieren compromisos sentimentales serios como unión libre y matrimonio, y procrean hijos siendo ellos aún unos niños. Son creativos y se encuentran repletos de vigor, fuerzas y de pasión por un futuro mejor y por el lugar que desean ocupar en el.

Según el informe Mundial sobre Drogas dado en el 2015 por la ONU 246 millones de personas (15- 64 años) consumieron estupefacientes ilegales (2).

Según las Naciones Unidas, a nivel mundial el consumo de drogas produce pérdidas de vidas y años productivos de muchas personas. En el 2012 se notificó un total de 183000 fallecimientos relacionados con las drogas mientras que en el 2013 esta cantidad aumentó a 187000. En ese mismo año, 264 millones de personas entre 15 y 64 años de edad consumieron, al menos en una ocasión, alguna droga ilegal (3, 4).



En América Latina el 50% de los adolescentes estudiantes tuvieron contacto con alguna droga legal o ilegal, el uso de drogas entre los estudiantes es un problema especial porque los estudios indican que la asistencia a la escuela sirve como un factor de protección y reduce las probabilidades de consumo de drogas (5). En Ecuador el consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y las adicciones son problemas de salud pública. Su prevención es un derecho de los grupos de atención prioritaria, entre los cuales la adolescencia está considerada (6, 7). La detección oportuna del consumo de drogas, así como la determinación de los factores de riesgo para su uso, son prestaciones de la atención de salud pública ecuatoriana para la población de 10 a 19 años de edad (6, 8, 9).

Las drogas y sus consecuencias se han convertido en uno de los temas más preocupantes para la sociedad ecuatoriana, lo que ha generado el trabajo coordinado de las autoridades competentes para la formulación participativa del Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013 (6).

El consumo de drogas en la etapa adolescente constituye, un foco de interés creciente en las investigaciones. Algunas conclusiones de estos estudios apuntan hacia un inicio cada vez más temprano del consumo, cambios en los modos de consumir, así como igualdad en el consumo entre hombres y mujeres.

Varios estudios epidemiológicos, reportes, estadísticas e informes sobre el consumo de drogas en población joven de Ecuador coinciden en que las sustancias capaces de generar dependencia más consumidas por este sector, y las que originan la mayor cantidad de problemas de salud pública, son el alcohol, por el lado de las drogas socialmente aceptadas, y la marihuana, en la sección de las drogas ilegales.

Epidemiología de las drogas a nivel mundial: a nivel mundial el consumo de drogas causa daños notables reflejados en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de copiosas personas. Epidemiología de las drogas en América: La Organización Panamericana de la Salud, al menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de América Latina y el Caribe padecen trastornos ocasionados por el uso de drogas en algún instante de su vida. Cada año son afectados 1,7 millones de hombres y 400 mil mujeres. Las drogas ilegales son utilizadas frecuentemente en los países de ingresos altos de las Américas, pero los efectos de la dependencia de drogas para la salud se sienten de manera disforme en los países de ingresos bajos y medios, donde las personas tienen menos acceso a la atención de salud (28).

Epidemiología de las drogas en los estudiantes y de los adolescentes en Ecuador: Según la Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años realizada en el 2012 las prevalencias de vida de consumo de las drogas inhalantes, de la marihuana, de la cocaína, de la pasta base, del éxtasis y de la heroína a nivel nacional fueron del 3,5%, 6,7%, 2,2%, 1,2%, 1,1% y del 0,9% respectivamente. Mientras que en la ciudad de Santa Elena no existe un dato estadístico con el que podamos entablar una relación (12).

Este trabajo provee valiosa información y servirá como línea de partida para las futuras estrategias de intervención para la prevención del consumo de drogas en adolescentes, lo cual justifica su realización.

## **11 EL PROBLEMA**

### **11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

En la actualidad el principal problema de salud pública en los países desarrollados y en vías de desarrollo es el consumo de drogas. Los costos, que ello ocasiona en los ámbitos familiar, económico y social son enormes, dado que lo relacionado al uso indebido de drogas es un asunto complejo (1), visibles mediante la tasa de morbilidad y mortalidad ligada a las drogas.

El consumo de drogas entre los adolescentes escolarizados del Ecuador es un problema prevalente en los actuales momentos. Su frecuencia ha aumentado en los últimos años, según datos de las encuestas nacionales pertinentes (10, 11).

Durante la adolescencia se establecen las conductas de riesgo que se pueden extender a la edad adulta. Es preciso distinguir entre las que son transitorias y facilitan el desarrollo del joven, de las que pueden llegar a ser problemáticas (14).

El consumo de drogas es un problema de salud pública que afecta principalmente al adolescente despertando mayor interés, teniendo repercusión sobre el individuo, la familia y la sociedad. Las drogas y su consumo precoz actualmente se han intensificado constituyendo un problema serio, cada vez hay mayor accesibilidad a ellas, no es un evento aislado, las características del individuo, de la familia y de la sociedad tienen participación. Las drogas más consumidas por los adolescentes (10-19 años) son las legales (alcohol y tabaco), seguidas del cannabis.(15) Algunos estudios internacionales demuestran que, cuanto más temprana es la edad de inicio en el abuso de sustancias, la probabilidad de generar dependencia se multiplica; y a la inversa, cuanto más se pueda retardar el inicio, el pronóstico de un

tratamiento se torna más favorable.(16) Con esta investigación se analizó un tema difícil pero necesario, con la participación del médico familiar, siendo factible y pertinente su realización lo cual solo es posible desde la Atención Primaria de Salud.

## **11.2 Formulación**

¿Qué factores de riesgo individuales, familiares y sociales influyen en el consumo de droga de los adolescentes del consultorio #3 del posgrado del centro de salud Santa Elena en el año 2018?

## **12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **12.1 General**

Caracterizar los factores de riesgo para el consumo de drogas en los adolescentes del consultorio de medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Santa Elena. Año 2018.

### **12.2 Específicos**

- Caracterizar según variable sociodemográfica a la población de estudio.
- Identificar los factores de riesgo individuales familiares y sociales relacionados con el consumo de drogas en los adolescentes.
- Caracterizar el patrón de consumo de drogas en los adolescentes.

## 13 MARCO TEÓRICO

### 13.1 Conceptualización de adolescencia.

Adolescencia proviene del vocablo latín *adolescere*, del verbo *adolecer* y en castellano tiene dos traducciones: poseer alguna desperfecto o defecto y asimismo crecimiento y maduración. Es la etapa de traslación entre la infancia y la edad adulta. Viene acompañado de grandes modificaciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales; se estrena con la pubertad, culminando en la segunda década de vida, cuando se perfecciona el crecimiento y desarrollo físico y la madurez psicosocial. La OMS discurre que la adolescencia está entre los 10 y 19 años. Los adolescentes no constituyen un conjunto semejante, existe una enorme inestabilidad en los diferentes aspectos de su desarrollo; también los aspectos biológicos pueden ser capaz de modificar el desarrollo psicológico. Si el proceso de desarrollo está demasiado anticipado o tardío con relación a sus compañeros, el adolescente adquiere usualmente dificultades de adaptación y baja autoestima; por ejemplo, una adolescente de 12 años que tiene un cuerpo desarrollado como una adolescente de 16, o el joven de 13 años con un cuerpo similar a otro de 10 años. Además, la adolescencia no tiene un desarrollo uniforme; los diferentes aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales no obtienen el mismo ritmo evolutivo y ocurrir atrasos o detenciones, sobre todo en momentos de estrés. No obstante, esta etapa puede ser muy tempestuosa, pero la gran parte de los adolescentes y sus progenitores lo afrontan sin enormes problemas.

La adolescencia es la etapa de la vida que se encuentra entre la pubertad y la adultez (17) y comprende las edades de 10 a 19 años, identificando dos etapas dentro de esta categoría: la temprana (desde los 10 hasta los 14 años) y la tardía (15 a 19 años). Durante la adolescencia, los niños pasan a ser adultos jóvenes. Maduran físicamente, sexualmente y se tornan socialmente

independientes. El adolescente desarrolla una percepción de quién es y aprende a establecer relaciones profundas con personas diferentes a los miembros de su familia (18).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) estiman a los adolescentes como un grupo sano, pero muchas enfermedades graves de la adultez inician en esta etapa de la vida (19). Arribar a la adolescencia representa haber superado los años de alto riesgo de morir ya que muchos factores acometen contra la vida en los primeros años (complicaciones durante el parto, infecciones, mal nutrición, entre otros). Las tasas de mortalidad entre los adolescentes de 10 a 14 años son menores a las de cualquier otro grupo de edad. Los accidentes, el HIV, SIDA, el embarazo precoz, el aborto en condiciones de riesgo, consumir drogas, fumar, los trastornos mentales y la violencia son condiciones que trascienden de manera importante en la salud de este grupo de edad (20).

Durante la adolescencia pueden iniciarse estilos de vida no saludables, poniendo en riesgo la percepción de calidad de vida, lo que vuelven vulnerables a los adolescentes a caer en adicciones. Ser vulnerable sería estar más expuesto a señalados procesos de salud y enfermedad, consumo de sustancias u otras adicciones. Intervienen en esta exposición una hilera de variables que articulan su aparición, consiguiendo que finalmente la vulnerabilidad se transforme en un factor de riesgo o de protección en función de cómo actúen estas variables en el proceso final, entre estos factores de vulnerabilidad tenemos: escasa actividad física, bajo rendimiento escolar, baja autoestima, exclusión social, familia disfuncional y altos niveles de estrés (49).

Las variantes físicas en la pubertad son: Aceleración y desaceleración del crecimiento, modificación en la composición corporal y acrecentamiento de sistemas y órganos, así como maduración sexual (gónadas, órganos

reproductores y caracteres sexuales secundarios). El inicio y la continuidad de la pubertad permutan, como ya se acotó, de un adolescente a otro, con una gran normalidad. En el último siglo la pubertad se ha dado inicio a edades cada vez más precoces, lo que se ha vinculado con el mejoramiento de las condiciones de vida como lo es la nutrición y aparentemente se mitigó en los últimos veinte años.

Se nota un freno en el crecimiento que antecede al punto de máxima velocidad de crecimiento, y que sucede entre los 11 y 13 años en las mujeres y entre los 14 y 15 años en los varones. El desarrollo puberal figura del 20 al 25 % de la talla adulta definitiva. En los dos sexos, durante el segundo año del crecimiento óseo es cuando el aumento es mayor, de 5,8 a 13,1 cm en los hombres y de 5,4 a 11,2 cm en las mujeres. Cada adolescente posee su propia pauta de desarrollo, cuanto más prematuro es la edad de inicio de la pubertad el logro de talla durante la pubertad es mayor. Este crecimiento puberal no es conforme, sino que se aumenta por porciones, con crecimiento inicial de las extremidades inferiores y con un precepto de crecimiento distal a proximal, crecen primero los pies. La talla decisiva, se alcanza entre los 16-17 años en las adolescentes, puede retardar hasta los 21 años en los adolescentes.

### **Crecimiento y maduración física**

Las modificaciones físicas en la adolescencia son aceleración y desaceleración del crecimiento, variaciones de la constitución corporal y crecimiento de sistemas y órganos, así como desarrollo sexual (gónadas, aparato reproductor y caracteres sexuales secundarios) (67).

La génesis y el progreso de la pubertad permutan, de un adolescente a otro, con un enorme rango de normalidad. En los últimos 100 años la pubertad se ha ido empezando a edades más tempranas lo que se ha vinculando con las



mejoras de las condiciones de vida como la alimentación y aparenta haberse mitigado en los últimos veinte años del siglo veinte.

Existe una disminución del crecimiento que antecede a la cúspide de máxima velocidad de desarrollo físico, y que suele suceder entre los 12 y 13 años de edad en las mujeres y entre los 14 y 15 años en los varones. Se supo que el desarrollo y maduración puberal sería del 20 al 25 % de la talla adulta concluyente (67).

En los dos sexos, mientras cursan el segundo año de crecimiento el aumento de talla es superior, de 5,8 a 13,1 cm en los adolescentes y de 5,4 a 11,2 cm en las adolescentes. Cada individuo tiene su particular modelo de desarrollo y crecimiento, a más temprana edad comienza la pubertad, el aumento de talla durante este ciclo o etapa es mayor.

Este desarrollo puberal no se comporta de forma simétrica, sino que se aumenta de tamaño por secciones, con desarrollo naciente en la porción inferior (extremidades inferiores) y con una disciplina de desarrollo de distal a proximal, se desarrollan primero los pies. La talla final, se logra entre los 16 a 17 años de edad en las mujeres, y puede desplazarse hasta los 21 años en los varones.

### ***Historia de la droga.***

El consumo de drogas parece iniciarse a los inicios de la historia de la humanidad, cuando el hombre primitivo empezó a interesarse por el efecto de las plantas y logró mediante experimentos acumular conocimientos cuyos poderes en gran parte se asentaban en la comunicación con fuerzas sobrenaturales (21,22). Nuestros antepasados llevaban a cabo rituales alucinatorios para inducir experiencias de iniciación a ciertos misterios y para sanar enfermedades del cuerpo y del alma. Cierta tipo de hierbas y

hongos eran consumidos por los curanderos, sacerdotes o chamanes, para comunicarse con los espíritus e influir sobre ellos. Algunos de estos rituales se conservan en ciertas etnias de Ecuador entre las que podemos mencionar los Huaorani, Achuar, Shuar. En la década del 70 el consumo de drogas se fue anexando al estilo de vida placentero del ser humano y de manera rápida se fue comercializando debido a su alta rentabilidad.

### ***Definición de droga***

Para el Ministerio de Salud Pública (MSP) y en alianza con la OMS, droga es toda sustancia que, alojada en el organismo por cualquier vía, produce alguna modificación del normal funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, y es capaz de originar dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (23). En perceptible término suele referirse específicamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más sintética, a las drogas ilegales (24).

### ***13. 2 Clasificación de las drogas***

#### **Por sus efectos sobre el sistema nervioso central**

#### **Drogas estimulantes, depresoras y alucinógenas**

Las estimulantes inquietan al sistema nervioso central evidenciando el individuo conductas de hiperactividad, aceleración física y psíquica. Se denominan también psicoestimulantes. Como ejemplo tenemos las anfetaminas, la cafeína, la cocaína, la nicotina y los anorexígenos sintéticos. Las depresoras son yuxtapuestas que afectan el sistema nervioso central, restando su actividad; estos principios producen aletargamiento, lentitud en los movimientos y alteración de la función cognitiva. Causan sueño,

somnolencia, nistagmos, depresión respiratoria, manifestaciones cardiovasculares y neurológicas. Algunos ejemplos de depresores son el alcohol, los barbitúricos, los anestésicos, las benzodiazepinas, los opiáceos (heroína) y sus análogos sintéticos. A veces también se incluye en este grupo a los anticonvulsivantes, debido a su acción inhibidora de la actividad neuronal anómala.

Alucinógenos son sustancias que en el sistema nervioso central producen distorsión de la realidad y alucinaciones, acompañadas de diversificaciones emocionales intensas y variadas, así como alteración de la personalidad. Entre ellas existen: marihuana, ácido lisérgico (LSD), psilocibina, entre otras (24, 25).

### **Por su situación jurídica**

Las drogas legales están accesibles mediante disposición médica o en algunas ocasiones sin ella. Existe una pasividad por la ley y no hay prohibición para su consumo, por tanto, la sociedad las utiliza, así vislumbran: anfetaminas, alcohol, tabaco, café, analgésicos, anestésicos, entre otras. Drogas ilegales son sustancias psicoactivas cuya elaboración, venta o consumo están prohibidos. Son aquellas vetadas por la ley, totalmente perjudiciales para el organismo humano; así tenemos: cocaína y sus modalidades de presentación, marihuana y sus derivados, opio, heroína, y otros (24, 25).

### ***13.3 Factores de riesgo para el consumo de drogas.***

Un factor de riesgo es cualquier atributo, característica o exposición de un individuo que aumenta la posibilidad de que este sufra una enfermedad o lesión (39). Los factores de riesgo pueden acrecentar las posibilidades de que una persona se exceda en el uso de las drogas (40).

Mientras más factores de riesgo esté expuesto un adolescente mayor es la

probabilidad de que este consuma alguna droga. Ciertos factores de riesgo pueden ser más fuertes que otros durante distintas etapas del desarrollo, como el apremio de los amigos durante los años de la adolescencia. Al ingresar al colegio, los adolescentes enfrentan más retos sociales, emocionales y académicos. Al mismo tiempo, consiguen estar expuestos a más drogas, a consumidores de drogas y a acciones sociales que involucren drogas. Estos desafíos pueden aumentar el riesgo de que abusen del alcohol, de las drogas y de otras sustancias (25, 40).

### **Factores de riesgo individual**

Entre los factores de riesgo individual están: edad de origen de consumo inferior a trece años; presencia de dolencias crónicas; exploración de la identidad a través del grupo; gran necesidad de autoafirmarse delante de los adultos; inseguridad y/o alta ansiedad asociada; experimentar sensaciones de riesgo; supremacía o excesiva sensación de control; oscurantismo de las consecuencias del uso y abuso de drogas y ostentar expectativas positivas respecto al consumo; valores imprecisos; valores relacionados con competitividad e individualismo; actitudes antisociales; actitudes evasivas o escapatoria de la realidad; actitudes egocéntricas o escépticas; excesiva o baja autoestima; bajo autocontrol; poca independencia personal; dejarse llevar por el círculo de amistades o por las modas al ocupar el tiempo libre; mínima satisfacción o capacidad de divertirse; aprietos o ansiedad a la hora de tomar decisiones; y, conflicto para resolver problemas (25).

En la adolescencia el acrecentamiento cognitivo y la presión del proceso de socialización conspiran para que desarrollen una autopercepción más compleja que arrima la obtención de nuevos y varios roles sociales en el

contexto académico, laboral, familiar, interpersonal, de diferentes grupos y actividades (50).

En este ámbito la autoestima está muy unido al fracaso de desempeñar con nuevos roles sociales o académicos, a la frustración de entablar relaciones interpersonales y familiares, lo que conlleva a participar en diferentes actividades legales e ilegales como el consumo de drogas, disimulando los factores de vulnerabilidad que se traducen en baja autoestima (50).

Una herramienta de medición de autoestima es la escala de Rosenberg, incluye diez ítems cuyo fondo se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente (Anexo 1)

Según la OMS, aproximadamente el 10% de la población mundial está afectada por la ansiedad o depresión, y entre 1990 y 2013 la cifra de personas que las padecen se ha incrementado en un 50% (41). Estudios evidencian lo prevalente de estos trastornos en la población adolescente (42) y su coalición a conductas de riesgo. Este estudio investiga, dentro de los factores individuales, a la ansiedad y autoestima utilizando las escalas de Rosenberg y Hamilton.

### **Factores de riesgo familiar**

La familia desempeña distinguidas funciones para la persona y la sociedad. El acatamiento de las demandas afectivas desdobra la confianza, la seguridad y la autoestima de sus integrantes. Así mismo, se compone en un universo que permite soportar los requerimientos de su entorno social. Pero no siempre esta es origen de aguante al estrés, sino que, puede fundar tensiones, principalmente ante la funcionalidad familiar (21).

Entre los factores de riesgo familiar para el consumo de drogas están:

ambiente del hogar confuso, vínculos afectivos endebles, conflictos matrimoniales o de pareja constantes; falta o inadecuada vigilancia del comportamiento de sus integrantes, especialmente de los hijos; disciplina blanda o bien inflexible que no aprueba el desarrollo de una formación estable en los miembros de la familia; expectativas no determinadas en ella, expectativas bajas de triunfo de los niños; uso y abuso del tabaco, alcohol u otras drogas por parte de uno de los integrantes de la familia; autoridad raramente ejercida, maltrato psicológico y práctica de castigo físico habituales; y, sobreprotección a los hijos o cónyuge, incapacidad de los padres frente al comportamiento de sus hijos, en especial de aquellos que tienen temperamentos difíciles y trastornos de conducta (25).

Se ha contemplado que los estándares de interacción familiar, como la comunicación defectuosa, los frecuentes problemas, la baja cohesión, el excesivo castigo o el consumo de drogas de los propios padres, influyen raramente en el consumo de sustancias de los hijos (51). También se contempló que el grado de las relaciones familiares puede influir claramente con el consumo de sustancias en adolescentes.

Es así que el funcionamiento familiar es una cuantificación indispensable para caracterizar el factor de riesgo familiar relacionado con el consumo de drogas, existen algunos instrumentos con los que se puede medir el funcionamiento familiar, tales como el Apgar familiar, o el Test FF-SIL.

El test FF-SIL calcula el grado de funcionalidad fundados en siete variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, admite identificar el factor relacionado autor del problema familiar y así inmiscuirse más eficaz y efectivamente en este. (52) (Anexo 2)

### **Factores de riesgo social (escolar)**

La responsabilidad y el ligamen del estudiante con la unidad educativa

inciden en el consumo de drogas. Este compromiso no solo envuelve las calificaciones sino la valoración de estos, la calificación de su esfuerzo, de las opiniones de los demás, entre otros. Los adolescentes sobre exigidos podrían tener altas notas, pero menguar su lazo académico lo que podría llevar al consumo (43).

### **Factores de riesgo del grupo de pares**

En la adolescencia, el lazo con el grupo de amigos es muy importante para fortificar la identidad, tanto individual como social. El grupo ofrece soporte, pero demanda la observancia de reglas propias. Si la transferencia de valores es incorrecta, por parte de la familia o la escuela, es el grupo quien establece su influencia pudiendo agrandar las posibilidades de llevar a cabo conductas de riesgo (45).

Entre los factores de riesgo del grupo de pares están: sometimiento del grupo; vincularse con grupos cuyas actitudes y/o actividades sean propicias al consumo de drogas; modelos de consumo dentro del grupo; y, apremio del grupo en relación al consumo (25).

### **Factores más y menos específicos para el consumo de drogas**

Entre los factores de riesgo más delimitados están: carencia de modelos definidos de autoridad y afecto; padres autocráticos, excesivamente rígidos y disciplinados; abandono de la figura paterna; existencia de un padre consumidor de alcohol u otras drogas; ausentismo de los modelos de comportamiento adecuados al ámbito social; problemas en la pareja parental; y, consumo familiar de drogas. Entre los factores de riesgo menos específicos están: padres permisibles o desinteresados; insuficiente participación de los padres en la formación de los hijos; expectativas muy altas o muy bajas en relación con el éxito esperado de los hijos; y, disgregación familiar (25).

### **13.4 Adicciones a las drogas**

La adicción es un sufrimiento crónico, periódico del cerebro que se determina por el consumo indispensable de drogas, a pesar de sus efectos nocivos. Se considera un padecimiento del cerebro ya que las drogas transforman al mismo (estructura y funcionamiento). Estas alteraciones en el cerebro pueden ser de larga duración y tienden a transportar a comportamientos peligrosos (26). A menudo, hay un síndrome de abstinencia que ocurre a la par cuando se interrumpe el consumo. La vida del consumidor está gobernada por el consumo de la sustancia, hasta el punto de desterrar las demás actividades y responsabilidades que el ser humano tiene (24). Se determina por la revelación de tres o más de las siguientes características en un ciclo contiguo de doce meses: tolerancia; dependencia; consumo de la sustancia en cuantías mayores o por períodos más largos de la que inicialmente se pretendía; y, deseo constante o esfuerzos ineficaces de controlar o romper con el consumo del estupefaciente (25).

#### **Tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia**

Se define como tolerancia a la disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un fármaco que se origina con el uso continuo y a la necesidad de sumas apreciablemente ascendentes del estupefaciente para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. La característica principal de la dependencia radica en un conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que expresan que el individuo continúa consumiendo el estupefaciente, a pesar del planteamiento de problemas significativos relacionados con ella. Cuando se usa una droga de manera monótona, las neuronas del cerebro se adaptan a ella y funcionan apropiadamente solo en presencia de esa droga. A su vez, esto sobrelleva a una sensación de ansia irresistible y al uso obsesivo. Podemos decir que, dependencia es el estado de requerir de la sustancia para funcionar o para



sobrevivir. El síndrome de abstinencia es la congregación de reacciones corpóreas que acontecen cuando una persona deja de consumir o empequeñece la cantidad de sustancias que ha consumido de forma reiterada, normalmente durante un período dilatado o en dosis altas. La adicción puede estar esposada a alguna sustancia psicoactiva, etanol, comida, tabaco u otras drogas. Los síntomas de abstinencia se modifican desde los más leves, como los que soporta el bebedor de café que reduce o cesa la ingestión de cafeína, a los síntomas más peligrosos que ponen en riesgo la vida (24, 26, 27, 28).

### ***13.5 Tipos de consumidores***

#### **Consumidor experimental**

Las personas, ya sea por curiosidad o por moda, empiezan una relación con alguna droga, deseando prolongar el consumo o no. Es decir, en el período de iniciación, el contacto droga-individuo se desarrolla, esencialmente por curiosidad o por presión del grupo (25).

#### **Consumidor ocasional, social o recreacional**

El consumo se perpetra en forma ocasional, o durante celebraciones sociales. No necesariamente es habitual. Incurren los factores de riesgo de tipo social, tales como la influencia de compañeros o la disponibilidad del estupefaciente. Y se redunda cada ocasión que el individuo se encuentra bajo situaciones similares (25).

#### **Consumidor habitual**

El individuo adquiere el hábito de consumir, existe un uso invariable, con intervalos de tiempo similares. A esta fase se llega después de cierto período

de estar estable en el consumo de tipo fortuito, social o recreativo. El tiempo es versátil, dependiendo de las diferencias propias de cada consumidor, de la relación que se establezca entre individuo y la sustancia y el correlato social para su uso (25).

### **Consumidor perjudicial o abusador**

Es un modelo de exigencia de sustancias que conlleva a un desgaste clínico, declarado por las siguientes características, en un espacio de doce meses: consumo repetido de sustancias, que acarrea al incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, estudio u hogar (ausencias o bajo rendimiento); consumo perpetuado de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente comprometedor (conducir un auto bajo efecto de la sustancia); dificultades legales constantes relacionados con la sustancia (arresto por conducta agresiva); y, consumo perenne de la sustancia, a pesar de tener complicaciones sociales recurrentes o contrariedades personales causados por efectos de las drogas (violencia física y/o psicológica con la pareja) (25).

### **Consumidor dependiente**

Este es el modelo en el cual, por causa del consumo inquebrantable de las drogas, se ha generado conciliación neurológica en la persona. Por esta causa se centra su solicitud en la obtención de la droga, la mayoría por medios ilegales y en su consumo frecuente, sin medir consecuencias a su salud o daños a terceros. En este tipo de consumidores se presenta el síndrome de abstinencia ante la interrupción del consumo o disminución de la sustancia (25).

## **14 MÉTODOS**

### **14.1 Justificación de la elección del método**

Se realizó un estudio en adolescentes pertenecientes al consultorio #3 de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Santa Elena en el periodo del año 2018, de nivel investigativo descriptivo (univariado), con un diseño observacional porque no se manipula el factor de estudio, según la planificación de la toma de los datos es prospectivo ya que se registra la información en la medida que van ocurriendo los hechos; según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio es transversal ya que el evento de interés es estudiado en un momento dado.

Se observa y caracterizan sujetos, y fenómenos sociales en un tiempo y lugar definidos. Esta se sitúa en el asiento de los niveles de investigación que, si se da continuidad con la investigación, finaliza con el planteamiento de la solución del problema estudiado.

### **14.2 Diseño de la investigación**

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

La población de estudio estuvo constituida por los adolescentes de 10 a 19 años que pertenecen a la población asignada al consultorio #3 del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Santa Elena, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios inclusión:

Adolescentes de 10 a 17 años que los padres o tutores firmen el consentimiento informado para participar en la investigación.

Adolescentes de 18-19 años que aprueben su participación firmando el consentimiento informado. (Anexo 3)

Criterios exclusión:

Adolescentes que presenten alguna limitación mental que impida responder a la encuesta.

#### ***14.2.2 Procedimiento de recolección de la información***

La recolección de la información se ejecutó a través de una encuesta con un cuestionario elaborado por el investigador y escalas ya validadas por expertos, estuvo constituido por tres secciones, la primera sección enfocada a los factores individuales del adolescente donde se aplicó la encuesta elaborada por el investigador y validada por personal experto para la caracterización sociodemográficas, las escalas de Hamilton (ansiedad) y Rosenberg (autoestima), , la segunda sección reservada a describir factores familiares relacionados con el riesgo del consumo de drogas donde se aplicó el test FF SIL y se consultó las fichas familiares, y la tercera sección para describir los factores sociales, se aplicó en consultas y visita familiar, se profundizó en la información con la familia a través de una entrevista no estructurada.

Los adolescentes contestaron el cuestionario de preguntas por escrito, anónima, reservada y en una sola ocasión, a través de 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 (23, 11, 28, 48, 49)

Dicha encuesta fue validada por los expertos del tema, posteriormente se aplicó un estudio piloto en 20 unidades de estudio seleccionadas al azar para hacer los ajustes correspondientes. (Anexo 4)

En aquellos ítems donde el adolescente pudo responder con más de una opción como por ejemplo utilización del tiempo libre, se le pidió marque o señale la opción o lugar donde más concurra para evitar duplicidad de información. De esa misma manera se lo hizo con lugar donde adquirió la droga pues algunos adolescentes manifestaron que adquieren el estupefaciente en la calle y en el colegio, se les pidió que marque donde con mayor frecuencia la adquieren. Y lo mismo sucedió con el tipo de droga que consumen, pues hubieron jóvenes que probaron o consumen más de una droga, seleccionaron la droga que con mayor frecuencia la consumen.

En la sección relacionada a los factores individuales para identificar la autoestima de los adolescentes se aplicó el cuestionario basado en la escala de Rosenberg (Anexo 2) utilizado y validado en el Ecuador, tiene 10 preguntas, las respuestas fueron de tipo escala de Likert Muy de acuerdo (4 puntos), de acuerdo (3 puntos), desacuerdo (2 puntos) y muy en desacuerdo (1 punto), obteniéndose la valoración por la puntuación de la siguiente manera:

Autoestima elevada (normal con un puntaje: 30 a 40 puntos)

Autoestima media (no presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla: 26 a 29 puntos).

Autoestima baja: (problemas significativos de autoestima: menos de 25 puntos).

Para identificar la ansiedad en los adolescentes que es otro factor individual se aplicó la escala de Hamilton utilizado y valorado en el Ecuador basado en

14 preguntas con valores según respuestas 0 = ausente; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = grave; 4 = totalmente incapacitado.

Una puntuación de 17 o menos, indica leve severidad de ansiedad. Una puntuación entre 18 y 24, indica leve a moderada severidad de ansiedad. Finalmente, una puntuación de 24 a 30, indica ansiedad de moderada a severa.

En la sección relacionada a los factores familiares para identificar los riesgos de consumo de droga se aplicó la prueba de percepción del funcionamiento familiar FF SIL (Anexo 2). Mide diferentes categorías como Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

La escala tiene varios valores de acuerdo al criterio escogido, dando una puntuación final que se obtiene de la suma de los puntos por cada ítem lo que permite llegar al diagnóstico del funcionamiento familiar. Los valores que se obtuvieron fueron de acuerdo a la escala FF-SIL:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

<b>Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL</b>
---

<b>Funcional</b>	de 70 a 57 puntos
<b>Moderadamente funcional</b>	de 56 a 43 puntos
<b>Disfuncional</b>	de 42 a 28 puntos
<b>Severamente disfuncional</b>	de 27 a 14 puntos

El test FF SIL se lo puede aplicar a cualquier miembro de la familia, pero por tratarse de una investigación basada en adolescentes, se aplicó el test al adolescente existente en el hogar. Cabe señalar que dentro de una misma familia existe más de un adolescente, es este caso para obtener la información del funcionamiento familiar se le aplicó esta herramienta al adolescente de mayor edad, evitando tener una duplicación de información y tener datos más precisos

### **14.2.3 Técnicas de recolección de información**

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de Técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Religión	Encuesta
Ansiedad	Test
Autoestima	Test
Estructura familiar	Ficha familiar
Funcionamiento familiar	FFSIL
Amigos consumidores	Encuesta
Uso del tiempo libre	Encuesta
Lugar donde adquirió la droga	Encuesta
Tipo de Droga	Encuesta
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos treinta días	Encuesta



#### ***12.2.4 Técnicas de análisis estadístico***

La información obtenida del cuestionario aplicado se la introdujo en una base de datos de SPSS y luego se procesaron para su análisis estadístico. Se utilizaron medidas de resumen para las variables cualitativas (frecuencia y porcentaje).

## 14.3 Variables

### 14.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	10-14 años 15-19 años	Adolescencia temprana. Adolescencia tardía	Numérica continua
Sexo	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Categórica, nominal dicotómica
Escolaridad	Último año aprobado	Sin estudio Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Bachiller	Categórica ordinal politómica
Religión	Religión que profesa	Católico Evangélico Testigo de jehová Mormón Otros	Categórica, nominal politómica
Autoestima	Escala de Rosenberg	Elevada Media Baja	Categórica ordinal politómica
Ansiedad	Test de Hamilton	Ansiedad leve Ansiedad moderada Ansiedad grave	Categórica, nominal politómica
Funcionamiento familiar	FF SIL	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Categórica ordinal politómica
Estructura familiar	Según la ontogénesis	Nuclear Extensa Ampliada Monoparental	Categórica nominal politómica

Amigos consumidores	Amigos que estén vinculados al consumo de droga	Si No	Categoría nominal dicotómica
Uso del tiempo libre	Actividad en que ocupa el tiempo libre	Actividades deportivas de recreación Lectura Visita de familiares y amigos Bares, discotecas	Categoría nominal politómica
Lugar donde adquiere la droga	Sitio donde generalmente adquiere la droga	Casa, calle, colegio, vecindario	Categoría nominal politómica
Tipos de droga	Tipo de droga referido por el adolescente que consume	H, cocaína, marihuana, solventes	Categoría nominal politómica
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos treinta días	Si ha consumido alguna droga en los últimos 30 días	Si No	Categoría nominal dicotómica

## 15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la presente investigación sobre factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes consideramos necesario investigar sobre las características sociodemográficas de la población, lo cual queda reflejado en las tablas de la 1 a la 4 dando salida a nuestro primer objetivo.

**Tabla 1: Distribución de adolescentes según grupo de edad.**

<b>Grupos de edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adolescencia temprana	160	50,8
Adolescencia tardía	155	49,2
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

La muestra estuvo constituida por 315 adolescentes de ambos sexos, que asistes regularmente al consultorio 3 de medicina familiar del centro de salud Santa Elena, donde el 50.8% estuvieron comprendidos entre las edades de 10 a 14 años y el 49.2% al grupo de 15 a 19.

Esto se asemeja a la demografía que presenta el Ecuador donde el porcentaje tanto de adolescencia temprana y adolescencia tardía se comporta de manera muy similar (53).

**Tabla 2: Distribución de adolescentes según sexo.**

<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	152	48,3
Femenino	163	51,7
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

El 51.7% de la población estudiada es femenino lo que representa 163 adolescentes pertenecientes a este sexo, y el 48,3% que son 152 son adolescentes masculinos, lo que coincide con la demografía del Ecuador donde prevalecen las mujeres adolescentes sobre los varones.

**Tabla 3: Distribución de adolescentes según escolaridad.**

<b>Escolaridad</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Primaria completa	51	16,2
Secundaria incompleta	<b>192</b>	<b>61</b>
Bachiller	72	22,9
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

Dentro de la población estudiada el 61% tiene una escolaridad de secundaria incompleta, pero se debe tomar en cuenta que se encasillo en este grupo a la mayoría de adolescentes que aún están cursando la secundaria.

Dentro de este grupo de adolescentes con secundaria incompleta también están incluidos aquellos adolescentes que por circunstancias propias o ajenas abandonaron los estudios, sin haber terminado el bachillerato, lo que se convierte en un factor de riesgo pues limitan sus posibilidades de superación

académica y por ende tener un futuro mejor.

Esto se asemeja a la publicación hecha por el Instituto Nacional en Abuso de Drogas. Septiembre 2004 (40), donde exponen que una instrucción académica baja o una deserción escolar se convierte en un factor de riesgo importante para el consumo de drogas en los adolescentes.

**Tabla 4: Distribución de adolescentes según religión.**

<b>Religión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Católico	<b>247</b>	<b>78,4</b>
Evangélico	25	7,9
Mormón	17	5,4
Testigo de Jehová	26	8,3
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

Y en cuanto a religión el 78.4% de la muestra se declaró católico que corresponden a 247 adolescentes y en menor porcentaje de adolescentes que se identifican como testigos de Jehová y otros como evangélicos.

Aunque se identifiquen con una de estas religiones, la gran mayoría de adolescentes no tienen practicas religiosas, se sienten parte de ellas por vinculación indirecta de sus padres, es decir asisten o participan de servicios religiosos por obligación, o por evitar castigos de los padres, y la falta de practicas religiosas se vuelve un factor de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes, esto se asemeja a la publicación hecha por el Instituto Nacional en Abuso de Drogas (40), donde la población estudiada también tiene como prevalencia religión católica, pero sin prácticas religiosas.

Los factores de riesgos que se asocian al consumo de droga pueden ser individuales, familiares y sociales, identificar estos forma parte del segundo objetivo de esta investigación, los cuales describimos a continuación en las tablas de la 5 a la 12.

**Tabla 5: Distribución de adolescentes con factor de riesgo individual (autoestima) según sexo.**

Autoestima	Sexo					
	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Autoestima baja	141	44,8	142	45,1	283	89,9
Autoestima media	10	3,2	21	6,7	31	9,8
Autoestima elevada	1	0,3	0	0	1	0,3
Total	152	48,3	163	51,7	315	100

La autoestima baja fue la que prevaleció con un 89,9% N=315, además predominó en las mujeres con el 45,1% N=142. Un 0,3% N=1 tiene una autoestima elevada.

En el estudio de Lima-Serrano M, Martínez-Montilla J. Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. Agosto 2016 (49), concuerda con estos resultados siendo de prevalencia la autoestima baja con un 75.5%. Esto evidencia que el autoestima baja es un importante factor de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes.

**Tabla 6: Distribución de adolescentes con factor de riesgo individual (autoestima) según grupo de edades.**

Autoestima	Grupos de edad					
	Adolescencia temprana		Adolescencia tardía		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Autoestima baja</b>	<b>152</b>	<b>48,3</b>	<b>131</b>	<b>41,6</b>	<b>283</b>	<b>89,9</b>
Autoestima media	7	2,2	24	7,6	31	9,8
Autoestima elevada	1	0,3	0	0	1	0,3
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>50,8</b>	<b>155</b>	<b>49,2</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

En esta tabla se observa que la baja autoestima predomina en el grupo de edades de adolescencia temprana con un 48,3% correspondiente a 152 adolescentes, llamando la atención como factor de riesgo individual para un inicio más temprano del consumo de drogas.

Enrique M, Muñoz R. El problema de la autoestima basado en la eficacia (50). 2014, publica que la autoestima baja es un gran problema en la adolescencia y un factor de riesgo para diversas afecciones lo que concuerda con nuestro estudio. Otros autores concuerdan con la prevalencia de autoestima baja en adolescencia temprana (49), lo que le da interés a este factor de riesgo para ser estudiado en otras investigaciones a futuro.



**Tabla 7: Distribución de adolescentes con factor de riesgo individual (ansiedad) según grupo de edades.**

Ansiedad	Grupos de edad					
	Adolescencia temprana		Adolescencia tardía		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ansiedad leve	143	45,3	107	33,9	250	79,5
Ansiedad moderada	8	2,53	29	9,2	37	<b>11,7</b>
Ansiedad grave	9	2,85	19	6	28	<b>8,8</b>
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>50,7</b>	155	49,3	315	100

El 79,5% presentó como factor de riesgo individual ansiedad leve, un 11,7% presenta una ansiedad moderada, y aunque es una cifra relativamente baja, junto con aquellos adolescentes con una ansiedad grave representan el 20,5% tiene un factor de riesgo de consumo de drogas. La ansiedad moderada y grave prevaleció en la adolescencia tardía con un 15,2%.

Lima-Serrano M, Martínez-Montilla J. en su estudio Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. Agosto 2016 (49), publica que la ansiedad tiene un significativo valor como factor de riesgo para afectar la calidad de vida de los adolescentes y por ende volverlos vulnerables para consumo de estupefacientes, lo que coincide con el estudio investigado.

**Tabla 8: distribución de adolescentes con factor de riesgo individual (ansiedad) según sexo.**

Ansiedad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ansiedad leve	126	40	124	39,3	250	79,5
Ansiedad moderada	13	4,1	24	7,6	37	<b>11,7</b>
Ansiedad grave	14	4,4	14	4,5	28	<b>8.8</b>
<b>Total</b>	153	48,5	<b>162</b>	<b>51,5</b>	315	100

Vemos en la tabla 5 que se evidenció que la ansiedad moderada-grave predomina en el sexo femenino con un 12,1% N=38, y adolescentes con ansiedad leve se comporto en similitud para ambos sexos.

Esto se contrapone con el estudio hecho por Lima-Serrano M, Martínez-Montilla J. Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. Agosto 2016, donde predomina la ansiedad en el sexo masculino.

Cabe indicar que la ansiedad en sí es un factor de riesgo para consumo de drogas descrito por varios autores, teniendo diferentes tratamientos según la severidad de esta independientemente del sexo y del grupo de edad del consumidor.

**Tabla 9: Distribución de adolescentes con factor de riesgo familiar según funcionamiento familiar y según sexo.**

Factores de riesgo familiar N=197		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Funcionamiento familiar</b>	disfuncional	21	10,6	18	9,1	39	19,7
	moderadamente funcional	17	8,6	11	5,5	28	14,2
	<b>Funcional</b>	<b>58</b>	<b>29,4</b>	<b>72</b>	<b>36,5</b>	<b>130</b>	<b>65,9</b>

En esta tabla el 65,9% de las familias son funcionales correspondiendo a 130 familias, pero el objetivo dos de esta investigación es identificar factores de riesgo para el consumo de drogas, y es así que podemos destacar que el 19,7% de las familias son disfuncionales, teniendo el predominio en el sexo masculino con un 10.6%.

Estos resultados se asemejan con el estudio hecho por Jiménez T, Musitu G, Murgui S (51). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes, donde aunque no prevalecen las familias disfuncionales tienen un significancia importante como factores de riesgo para el consumo de drogas.

**Tabla 10: Distribución de adolescentes con factor de riesgo familiar según estructura familiar y según sexo.**

Factores de riesgo familiar N=197		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Estructura familiar</b>	Nuclear	32	16,2	35	17,7	67	34
	Extensa	43	21,8	46	23,3	89	45,1
	Ampliada	4	2	5	2,5	9	4,5
	<b>Monoparental</b>	<b>19</b>	<b>9,6</b>	<b>13</b>	<b>6,5</b>	<b>32</b>	<b>16,2</b>

El 45,1% de las familias a los que pertenecen los adolescentes tienen como estructura familiar extensa, y aunque las cifras aparentemente sean pequeñas llama la atención la estructura familiar monoparental con un 16,2% que corresponden a 32 familias, pues en este trabajo están presentes como factores de riesgo para consumo de drogas en los adolescentes.

Estos resultados se asemejan con el estudio hecho por Jiménez T, Musitu G, Murgui S (51), donde aunque no prevalecen las familias con estructura monoparental tienen una importancia importante como factores de riesgo para el consumo de drogas.

Una familia con la presencia solo de la madre se vuelve poco comunicativa, poco armoniosa y menos unida, la vigilancia y la disciplina no tienen una prevalencia, las reglas son violadas permanentemente y los adolescentes entre 15 y 17 años se sienten con más derechos de poder salir y compartir con amigos en los lugares donde ellos deseen. Además, en estas familias la madre debe cumplir el rol de un padre proveyendo económicamente para suplir las necesidades básicas del hogar y los estudios de sus hijos produciéndose un descuido por parte de la progenitora sobre el adolescente, lo que origina mayor libertinaje para el adolescente tomando muchas veces decisiones

erradas sobre su salud física y mental.

**Tabla 11: Distribución de adolescentes con factor de riesgo social (amigos consumidores) según sexo.**

Factores de riesgo sociales N=315		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Amigos consumidores</b>	Si	49	15,5	54	<b>17,2</b>	103	<b>32,7</b>
	No	103	32,7	109	34,6	212	67,3
	<b>Total</b>	152	48,2	163	51,8	315	100

Entre los factores de riesgo sociales amigos consumidores tenemos que el 32,7% (N=103) de los adolescentes tienen amigos consumidores siendo el 17,2% (N=54) del sexo femenino, el consejo nacional de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Lima – Perú (25), muestra un estudio donde el mayor porcentaje de la muestra (61.8%) tienen amigos consumidores entre los adolescentes y predominan en el sexo masculino lo que se contrapone a nuestro estudio.

Y aunque las cifras presentadas son algo bajas, demuestra que se convierte en un factor de riesgo el tener amigos consumidores de drogas, pues la gran mayoría de adolescentes que ya tuvieron contacto con alguna droga manifestaron que recibieron por primera vez una dosis de droga de algún amigo o alguien cercano que ya consumía drogas.

**Tabla 12: Distribución de adolescentes con factor de riesgo social (utilización del tiempo libre) según grupo de edades.**

Factores de riesgo sociales N=315		Grupos de edad					
		adolescencia temprana		adolescencia tardía		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Utilización del tiempo libre</b>	Actividades deportivas, recreación	51	16,2	52	16,5	103	32,7
	Lectura	33	10,5	37	11,7	70	22,2
	Visita a familiares o amigos	<b>38</b>	<b>12,1</b>	26	8,3	64	<b>20,3</b>
	Bares y discotecas	38	12,1	<b>40</b>	<b>12,7</b>	78	<b>24,8</b>
	<b>Total</b>	160	50,9	155	49,2	315	100

En la tabla 12 podemos apreciar que un 24,8% (N=78) usa su tiempo libre en acudir a bares y discotecas. De los adolescentes consumidores (N=46), prevaleciendo en la adolescencia tardía con un 12,7% correspondiente a 40 adolescentes, y un 20,3% (N=64) utiliza su tiempo en visitar familiares o amigos predominando en la adolescencia temprana con un 12.1% (N=38).

Estos dos factores sociales como son usar el tiempo libre en bares y discotecas, y visitar a amistades se tornan en factores de riesgo importantes en esta investigación pues recordamos que tenemos un porcentaje significativo de adolescentes que tienen amigos consumidores, y que los bares y discotecas son puntos estratégicos de los vendedores de drogas para distribuir y comercializar el estupefaciente.

No se encontró algún artículo científico de importancia que revele estudios sobre la utilización del tiempo libre basado en los puntos expresados en esta

investigación, el tiempo libre se invierte según varios autores en juegos de video, internet (redes sociales) y medios de comunicación (televisión)

En las tablas de la 13 a la 16 veremos la caracterización del patrón de consumo de drogas en adolescentes dando salida al objetivo número 3

**Tabla 13: Prevalencia del consumo de drogas en los adolescentes.**

N=315	Grupo de edades					
	Adolescencia temprana		Adolescencia tardía		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si consumieron	17	5,4	29	9,2	46	14,6
No consumieron	126	40	143	45,4	269	85,4
<b>Total</b>	143	45,4	172	54,6	315	100

Podemos destacar de esta tabla que el 14,6% (N=46) ya tuvieron un contacto con alguna droga durante su vida, siendo mas prevalente en la adolescencia tardía con el 9,2%, pero el 5,4% (N=17) tuvieron contacto con alguna droga en su adolescencia temprana lo que se asemeja a casi y todos los estudios actuales de hace 4 años hacia la actualidad que cada vez el inicio de consumo de drogas es más temprano.

**Tabla 14: Distribución de adolescentes consumidores según donde adquiere la droga y según sexo**

N=46		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Lugar donde adquirió la droga</b>	Calle	6	13	9	19,6	15	32,6
	Colegio	8	17,4	13	28,2	21	45,6
	Vecindario	7	15,3	3	6,5	10	21,8
	Total	21	45,7	25	54,3	46	100

Aquí podemos ver que el 45,6% de los adolescentes que consumieron drogas que corresponde a 21, adquirió el estupefaciente en el colegio, predominando con un 28,2% en el sexo femenino, y el 32,6% (N=15) la adquirieron en la calle con un 19,6% (N=9) de predominio en el sexo femenino.

El consejo nacional de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Programa internacional. Lima – Perú (25), muestra un estudio que revela el lugar donde la adquiere la droga, y es en la calle (59,4%), y con prevalencia en el sexo masculino lo que se contrapone a nuestro estudio.

**Tabla 15: Distribución de los adolescentes según el tipo de droga que consumen y según grupo de edades y sexo.**

N=46		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
<b>Adolescencia temprana</b>							
<b>Tipo de droga</b>	H	2	4,3	4	8,7	6	13
	Marihuana	<b>5</b>	<b>10,9</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>23,9</b>
<b>Adolescencia tardía</b>							
<b>Tipo de droga</b>	H	6	13	4	8,7	10	21,7
	Marihuana	<b>8</b>	<b>17,4</b>	<b>11</b>	<b>23,9</b>	<b>19</b>	<b>41,3</b>
<b>Total</b>		21	45,6	25	54,4	46	100

Del total de los adolescentes consumidores, el 23,9% N=11 consumen marihuana en la adolescencia temprana, de estos el 51,3% N= 6 son de sexo femenino, un 41,3% N= 19 pertenecen a la adolescencia tardía y consumen marihuana, prevaleciendo en el sexo femenino con un 23,9% N=11, también vemos que un 21,7% N=10 consume H.

En la publicación de la oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (3), observamos que la marihuana prevalece como droga mayormente consumida, y predomina en el sexo masculino, lo que tiene una contraposición en nuestra investigación donde predominó el sexo femenino,



no existen datos de consumo de H para comparar con nuestro estudio, pues esta droga se esta dando más en nuestro país por ser una mezcla de varias sustancias donde el principal activo es la heroína pero en mediana cantidad.

**Tabla 16: Prevalencia de consumo de drogas en los adolescentes según grupo de edades en los últimos 30 días.**

N=46	Grupo de edades					
	adolescencia temprana		adolescencia tardía		Total	
	N	%	N	%	N	%
No consumió	8	17,4	4	8,6	12	26
Si consumió	6	13	<b>28</b>	<b>60,9</b>	34	74
Total	14	30,4	<b>32</b>	<b>69,5</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Del total de adolescentes consumidores de drogas, el 74% N=34 consumieron algún tipo de droga en los últimos treinta días, siendo el predominio en la adolescencia tardía con un 69.5% N= 32.

La oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas. Informe mundial sobre las drogas 2015 (4), revela que la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días se da la adolescencia tardía lo que se asemeja a nuestro estudio. Pero no se puede dejar por alto que un 30,4% de los adolescentes de la población consumidora están en la etapa de adolescencia temprana lo que como antes se señalo preocupa por el consumo a edades tempranas de estas sustancias.

**Tabla 17: Prevalencia de consumo de drogas en los adolescentes según el tipo de droga y grupo de edades en los últimos 30 días.**

Tipo de droga N=34	Grupo de edades					
	adolescencia temprana		adolescencia tardía		Total	
	N	%	N	%	N	%
H	1	2,9	<b>9</b>	<b>26,4</b>	10	29,5
Marihuana	5	14,7	<b>19</b>	<b>55,8</b>	<b>24</b>	<b>70,5</b>
Total	6	17,6	28	81,9	34	100

Dentro de los adolescentes que consumieron alguna droga dentro de los últimos 30 días tenemos que la droga más consumida fue la marihuana con 70,5% N=24, prevaleciendo el grupo de edad de adolescencia tardía con un 55,8% N= 19, la H tuvo un 29,5% N=10 de prevalencia de consumo en los últimos treinta días, prevaleciendo en la adolescencia tardía su consumo con un 26,4% N=9.

La oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas. Informe mundial sobre las drogas 2015 (4), revela que la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días se da con la heroína, y que la marihuana fue la segunda droga más consumida en los últimos 30 días, lo que coincide en parte con nuestro estudio realizado, no existe datos sobre grupo de edades en este estudio por lo cual no es posible compararlo o discutirlo.

## **16 CONCLUSIONES**

La población investigada, sociodemográficamente, es similar a la del resto de adolescentes del Ecuador, predominando el sexo femenino y con estudios secundarios incompletos. Los grupos de edades se comportaron en forma igualitaria. La religión predominante fue la católica.

Dentro de los factores de riesgos identificados tenemos, autoestima baja, ansiedad moderada y grave, estructura familiar monoparental y la disfunción familiar, aunque estos últimos no predominaron.

Los factores de riesgos sociales hallados predominaron en el grupo de adolescentes tardío con amigos consumidores, utilización de tiempo libre en bares y discotecas, y colegio, calle y vecindario como lugar donde adquirieron la droga.

En la adolescencia temprana se identifica un mayor consumo de H y marihuana en sexo femenino, y en la adolescencia tardía el consumo de droga se comporta de una manera casi similar en ambos sexos.

Se determinó que el consumo de droga en los últimos treinta días prevaleció en el grupo de adolescencia tardía y la droga de mayor consumo fue la marihuana.

## **17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Se estudiaron los resultados más importantes encontrados. La mayor parte de la literatura analizada para discutir la relación u oposición de los resultados entre estudios se adquirió mediante los buscadores SciELO, LILACS y PubMed. Las palabras clave para la investigación fueron: adolescencia, drogas y factores de riesgo. Se seleccionaron investigaciones de población análoga a la del presente trabajo y, en su mayoría, de los últimos cinco años y de varias regiones universales, pero en especial de América.

Se afrontó dos temas muy importantes dentro de salud pública, como son la adolescencia y las drogas, por el sinnúmero de factores que se involucran en esta etapa de la vida, desarrollo e independencia que adquieren los adolescentes. La vulnerabilidad es una característica que conlleva a varias dolencias en este ciclo, lo que hace más interesante y necesario este y otros estudios futuros que se puedan realizar en torno a los temas ya tocados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Adolescencia, una etapa fundamental. 2002. Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/pub\\_adolescence\\_sp.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf)
2. Informe mundial sobre drogas 2015. Resumen ejecutivo. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15\\_ExSum\\_S.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf)
3. 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.
4. Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas. Informe mundial sobre las drogas 2015: resumen ejecutivo. S.l.: UNODC Research; 2015.
5. Faílde Garrido, J; Dapía Conde, M.; Alonso Álvarez, A; Pazos Millán, E. Consumo de drogas en adolescentes escolarizados infractores. Educación XX1, vol. 18, núm. 2, 2015. Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/706/70638708007.pdf>
6. Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe. Un enfoque de Salud Pública. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia\\_drogas\\_web.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf)
7. Constitución de la República del Ecuador 2008. Registro Oficial, nro. 449, (20 de octubre de 2008).
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de atención integral del sistema nacional de salud: familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI). Quito: MSP; 2012.
9. Ministerio de Salud Pública. Caja de herramientas. Documentos de apoyo técnico. Quito: MSP; 2009.
10. Ley Orgánica de Salud. Ley 67. Registro Oficial, nro. 423, (22 de diciembre de 2006). Última modificación: 24 de enero de 2012.
11. 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.
12. 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.

13. Plan nacional de prevención integral de drogas 2012-2013. Disponible en [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/savia/PDF/2012\\_plan\\_preveni%C3%B3n.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_preveni%C3%B3n.pdf)
14. Hidalgo, M., J. Júdez. Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatría Integral*, XI (2007): 895-910
15. Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Observatorio español de la droga y las toxicomanías. Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016\\_INFORME\\_OEDT.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf)
16. Rubinstein E. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Editorial Panamericana, 2da Ed, sección 5, capítulo 44. Pag 347.
17. University of Maryland Medical Center [Internet]. Baltimore: UMMC; c2015 [citado 2016 Jun 1]. Índice Médico De la Enciclopedia-Español. Disponible en: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/pubertad-yadolescencia>
18. Kodjo CM. Adolescentes normales. En: Beers MH, Fletcher AJ, Jones TV, Porter R, Berkwits M y Kaplan J, editores. Manual Merck de información médica general. Barcelona: Océano; 2003. p. 1840-1843.
19. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia de 2011: la adolescencia, una época de oportunidades. Nueva York: Hatteras Press; 2011.
20. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2015 [citado 2016 Jun 1]. Temas de salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Salud del adolescente. Disponible en: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
21. Álvarez Sintés. Medicina General Integral. Volumen II. Editorial Ciencias Médicas. Cuba. 2014
22. Ricardo González M. Como enfrentar el peligro de las drogas. Editorial Oriente, Cuba. 2011. p. 87-101
23. Ministerio de Salud Pública. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes. Quito: Editora Galaxy; 2009.
24. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.
25. 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
26. National Institute on Drug Abuse [Internet]. Bethesda: NIH; c2015 [citado 2016 Jun 1]. Temas relacionados: el abuso de drogas y la drogadicción. Disponible en:

<http://www.drugabuse.gov/es/temasrelacionados/el-abuso-de-drogas-y-la-drogadiccion>.

27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
28. 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.
29. Guardia J, Jiménez M, Pascual P, Flórez G, Montserrat C. Alcoholismo: Guías clínicas basadas en la evidencia científica SOCIDROGALCOHOL. 2 ed. España: 2007; 1-150
30. Babor T, Caetano R, Sally C, Griffith E, Giesbrecht N, Graham K, et al. El alcohol un producto de consumo no ordinario: Investigación y políticas públicas. 2ed. Washington. [bibliotecavirtuallínea]. Disponible: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cdo45364/alcohol.pdf>> [consulta: 12 Jun 2016].
31. Garcia J, López C. Intervención sobre problemas derivados del consumo de alcohol. Reseña de Manual de estudios sobre alcohol. España: EDAF; 2001. 85.
32. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C: OPS, © 2008. [biblioteca virtual]. Disponible: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf)> [consulta: 06 Jun 2016]
33. Organización Mundial de la Salud. Siete órganos se afectan con frecuencia por el alcohol. 2016. [biblioteca virtual en línea]. Disponible en: <<http://www.elcomercio.com/tendencias/salud/siete-organos-se-afectanfrecuencia.html>> [consulta: 16 Jun 2016].
34. Martínez A, Sanz M, Cosgaya L. El papel de las relaciones familiares en el rendimiento escolar y el bienestar psicológico de los adolescentes. Psicoteca: 2005.
35. Argandoña A, Fontrodona J, Garcia P. Libro Blanco del Consumo Responsable de Alcohol en España: Impulsando un cambio de actitudes y patrones de consumo. Madrid: Diageo España, S.A:2009. [biblioteca virtual]. Disponible :<[http://www.iese.edu/es/files/Diageo\\_LibroBlanco.pdf](http://www.iese.edu/es/files/Diageo_LibroBlanco.pdf)> [consulta: 30 de octubre 2015].
36. Babor T, Higgins J. Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol 2011. [biblioteca virtual en línea]. Disponible en: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf)> [consulta: 22 de Abril 2016].
37. Ribé M, Martí Tusquets J. La enfermedad alcohólica. 2ª ed. Barcelona: Espaxs, S.A; 2002:372-5.

38. Gelder M, Mayou R, Geddes J. Oxford Psiquiatria. 2ª Ed. Madrid: Mabán; 2000: 259
39. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2015 [citado 2016 Jun 1]. Temas de salud: factores de riesgo. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
40. 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.
41. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2016 [citado 2016 Jun 1]. 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-anxietytreatment/es/>
42. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. Acta bioeth. [Internet]. 2016 Jun [citado 2016 Jul 1]; 22(1): 51-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>
43. Instituto Deusto de Drogodependencias. Drogas y escuela VIII: Las drogas entre los escolares de Euskadi treinta años después; Bilbao: Universidad de Deusto; 2012.
44. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2015 [citado 2016 Jun 1]. Temas de salud: epidemiología. Disponible en: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
45. Barros Blanco MA. Efectos del consumo de drogas sobre la salud de los adolescentes [Tesis para grado]. Santander: Universidad de Cantabria; 2013
46. Artilés L, Otero J, Barrio I. Metodología de la Investigación. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.
47. 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=S190023862013000100005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190023862013000100005&lng=pt&tlng=pt)
48. 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 2016 Jul 1]; 19(4): 364-367. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911645/>
49. Lima-Serrano M, Martínez-Montilla J. Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. Agosto 2016. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301583>



50. Enrique M, Muñoz R. El problema de la autoestima basado en la eficacia. 2014. Disponible en : <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/168/536>
51. Jiménez T, Musitu G, Murgui S. Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. 2007. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/337/33780110/>
52. Ortega Veitía M, De la Cuesta Freijomil D, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. 1999. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So864-03191999000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03191999000300005)
53. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Quito: INEC; 2010
54. 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 2016 Oct 1]; 41(3): 606-619. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034745020120003000011&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034745020120003000011&lng=en)
55. 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 2016 Oct 1]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385056/>
56. 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 2016 Oct 10]; 203: 213-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27310100>
57. Lipari RN, Hedden SL, Hughes A. Substance Use and Mental Health Estimates from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Overview of Findings. 2014 Sep 4. En: *The CBHSQ Report*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013 [citado 2016
58. Rojas Valero M, Rodríguez Chacón A. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. [Internet]. 2016 Feb [citado 2016 Feb 25]. Disponible en: <http://www.repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/258>
59. Observatorio de Drogas de Colombia. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar. Colombia, 2011. Bogotá: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en Colombia; 2011.
60. 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.

61. Lefio LA, Villarroel SR, Rebolledo C, Zamorano P, Rivas K. Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2013 Oct [citado 2016 Oct 10]; 34(4): 257-266. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892013001000007&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892013001000007&lng=en)
62. Observatorio Social del Ecuador. *Niñez y Adolescencia desde la Intergeneracionalidad Ecuador 2016*. Quito: Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia; 2016.
63. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. *I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao-2013*. Lima: DEVIDA; 2014.
64. 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/S167949742015000300006>
65. Organización de los Estados Americanos: *Informe del uso de drogas en las Américas, 2015*. Washington, D.C.: Documentos oficiales; 2015.
66. Lipari RN, Crane EH, Strashny A, et al. *A Day in the Life of American Adolescents: Substance Use Facts Update*. 2013 Aug 29. En: *The CBHSQ Report*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385060/>
67. Güemes-Hidalgo M, González-Fierro M.J, Hidalgo M.I.. *Pubertad y adolescencia*. 2017. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>

## ANEXOS

### Anexo 1: Escala de autoestima de Rosenberg

A	MUY DE ACUERDO
B	DE ACUERDO
C	EN DESACUERDO
D	MUY EN DESACUERDO

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio al menos en igual medida que a los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mismo/a				
6. Siento mucho que no tengo de que estar orgulloso/a				
7. En general me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría sentir más respeto por mí mismo/a				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

## Anexo 2. Cuestionario FF-SIL

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene problemas, los demás lo ayudan					
9. Se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

### Anexo3 Escala de ansiedad de Hamilton.

Marque según la intensidad en que aparezcan los signos o síntomas tomando en cuenta:

0 = ausente; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = grave; 4 = totalmente incapacitado

		0	1	2	3	4
1	<b>Estado ansioso:</b> Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<b>Tensión:</b> Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<b>Temores:</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<b>Insomnio:</b> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<b>Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<b>Humor depresivo:</b> Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<b>Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<b>Síntomas somáticos sensoriales:</b> Zumbido de oídos, visión borrosa, frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<b>Síntomas cardiovasculares:</b> palpitaciones, dolor del pecho, sensación de baja presión o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	<b>Síntomas respiratorios:</b> Opresión en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<b>Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultades al deglutir, dolor abdominal, sensación de ardor, náuseas, vómitos, heces blandas, pérdida de peso,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	constipación.					
12	<b>Síntomas genitourinarios:</b> Micciones frecuentes, micción urgente, falta del período menstrual, eyaculación precoz, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<b>Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, mareos, dolor de cabeza por tensión, piel de gallina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<b>Conducta en el transcurso del test:</b> Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## **Anexo 4 Consentimiento informado para representantes de los adolescentes**

### Formulario de consentimiento

Yo \_\_\_\_\_, con cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_, como representante del estudiante \_\_\_\_\_, he recibido la información proporcionada por el médico Carlos Fernando Vera Mejía (Postgradista en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, cuyo número de cédula es 092073098-3 y de teléfono 0981424941) sobre la investigación que se llevará a cabo, la misma que tiene el propósito de identificar las situaciones y motivaciones que llevan a los adolescentes al uso de drogas, así como conocer cuántos de ellos han consumido, o están consumiendo. También se me comunicó que mi representado responderá, por escrito, algunas preguntas de un breve cuestionario sobre la problemática de las drogas; el cuestionario será respondido en una sola ocasión y en un lapso de 15 minutos y que mi representado no tendrá que escribir el nombre en él. Este acto se realizará en el consultorio #3 del Centro de Salud Santa Elena. Además expreso mi aprobación para que los resultados de la investigación sean publicados, siempre y cuando 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.

En caso de dudas o nuevas interrogantes sobre la investigación puedo contactar al médico Carlos Fernando Vera Mejía y para constancia doy mi consentimiento de manera voluntaria.

Firma del representante:

Fecha:

Hora:

Firma del médico:

## Anexo 5: Encuesta



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

### ENCUESTA

Fecha\_\_\_\_\_

*Esta encuesta tiene la intención de investigar* Caracterización del consumo de drogas en los adolescentes del consultorio 3 del centro de salud Santa Elena. Agosto 2017 – Agosto 2018, es para ser respondida voluntaria y anónimamente, le garantizamos su estricta confidencialidad.

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

1. Sexo: Masculino\_\_\_\_\_ Femenino\_\_\_\_\_
2. Edad\_\_\_\_\_
3. Escolaridad: Bachiller\_\_\_\_ Secundaria incompleta\_\_\_\_ Primaria completa\_\_\_\_ Primaria incompleta\_\_\_\_ Analfabeto\_\_\_\_
4. Religión: Católico \_\_\_\_ Evangélico \_\_\_\_ Mormón \_\_\_\_ Testigo de Jehová \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_
5. ¿Alguno de tus amigos consume drogas?: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
6. ¿En que usa su tiempo libre? Recreación deportiva\_\_\_\_ Lectura\_\_\_\_ Visitar amigos y familiares\_\_\_\_ concurrir bares o discotecas\_\_\_\_



7. ¿Alguna vez en tu vida has consumido drogas?: Sí \_\_\_ No \_\_\_
8. ¿Cuál fue la droga que consumiste?: Marihuana \_\_\_ Cocaína \_\_\_ Heroína \_\_\_ H \_\_\_ Solvente \_\_\_\_\_
9. ¿Dónde consigues frecuentemente la droga?: En la casa \_\_\_ En la calle \_\_\_ En el colegio \_\_\_ vecindario \_\_\_
10. ¿Qué lo motiva a consumir droga: Escapar de la realidad y de los problema\_\_\_ Intimidación de alguna persona\_\_\_ Presión de los amigos\_\_\_ Curiosidad\_\_\_ Placer\_\_\_
11. ¿En los últimos 30 días has consumido alguna droga? Si\_\_\_ No\_\_\_

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, Carlos Fernando Vera Mejía, con C.C: # 0920730983 autor del trabajo de titulación: Factores de riesgo para el consumo de droga en adolescentes del consultorio de medicina familiar #3 del centro de salud Santa Elena. Agosto 2018 previo a la obtención del título Especialista en Medicina familiar y Comunitaria 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 del 2018.

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Carlos Fernando Vera Mejía

C.C: 0920730983



**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Factores de riesgo para el consumo de droga en adolescentes del consultorio de medicina familiar #3 del centro de salud Santa Elena. Año 2018.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Vera Mejía Carlos Fernando		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Calderón Rodríguez Mercedes Dra.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Sistema de posgrado		
<b>CARRERA:</b>	Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de diciembre del 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	75 páginas
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria y Ciencias de la Salud		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Adolescente, droga, factores de riesgo individual, familiar, social		

**RESUMEN/ABSTRACT:** Antecedentes: El consumo de drogas en la etapa adolescente constituye, un foco de interés creciente en las investigaciones. Algunas conclusiones de estos estudios apuntan hacia un inicio cada vez más temprano del consumo. Con esta investigación se pretende trabajar en un tema difícil pero necesario, con la participación del médico familiar, por lo que es factible y pertinente su realización y solo es posible desde la Atención Primaria de Salud. Materiales y Métodos: Investigación observacional, descriptiva y transversal. Universo de 315 adolescentes pertenecientes a 197 familias a través de muestreo a conveniencia. Previo consentimiento informado se realizó una encuesta por escrito, anónima y por una sola ocasión en consulta y comunidad durante el año 2018. Resultados: Se evidenció que el 51,7% de la población es femenina, con un 61% de estudios secundarios incompletos, 283 adolescentes que corresponden al 89,9% tienen autoestima baja, un 20,5% tienen ansiedad moderado-grave, el 16,2% tiene una estructura familiar monoparental, y el 19,7% tiene disfunción familiar. El 32,7% de los adolescentes tienen amigos consumidores. La droga más consumida fue la marihuana prevaleciendo en el sexo femenino con un 20% Conclusiones: predominó el sexo femenino en la población, con estudio secundario incompleto y prevaleció la religión católica. Los factores de riesgo identificados, aunque no predominaron fueron, autoestima baja, ansiedad moderada-grave, disfunción familiar, estructura familiar monoparental, amigos consumidores, uso de tiempo libre en bares y discotecas y lugar de adquisición de droga en colegio y calle.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593981424941	<b>E-mail:</b> carlin_007@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landivar Varas	
	<b>Teléfono:</b> +59343804600 ext: 1830 – 1811	
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec">xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec</a>	

**SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	