

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA



Qué relación existe entre el ámbito familiar y el nivel de consumo de sustancias en adolescentes que asisten a una Escuela Provincial, nivel secundario, del noroeste la ciudad de Rosario durante marzo y abril de 2021

Por:

Francescángeli, Marisol

Director Asesor: Lic. Psicología Mariana Collomb

Docente Asesor: Prof. Esp. Nores, Rosana

Rosario, 25Noviembre 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

RESUMEN

La adolescencia constituye un fenómeno cultural cuyo periodo de tiempo es impreciso. Debido a los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que se producen, aparecen más conflictos con los progenitores, con resistencia a su autoridad, cambios en el estado de ánimo y aparición de conductas arriesgadas. Todo ello influye en que durante esta época se produzcan con mayor frecuencia conductas de riesgo, que en la mayoría de los casos van a ir disminuyendo y desapareciendo con el crecimiento y desarrollo del joven; pero, en determinadas situaciones derivarán hacia conductas delictivas y antisociales.

El Objetivo de este trabajo es determinar la relación que existe entre el ámbito familiar y el nivel de consumo de sustancias en adolescentes que asisten a una Escuela Provincial, nivel secundario, del noroeste de la ciudad de Rosario, durante marzo y abril de 2021.

Material y Métodos: Es un diseño metodológico de abordaje cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal, prospectivo. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas/encuestas aplicada a la población total de una escuela Pública Provincial, nivel secundario, de la ciudad de Rosario durante marzo y abril de 2021. El análisis de los resultados se abordó mediante una estadística descriptiva, tipo bivariado, ya que se va a describir la relación entre las dos variables.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes - Ámbito Familiar - Nivel de consumo de Sustancias.

Resumen y Palabras Claves	2
Índice General	3
Introducción	
Estado del Arte	4
Planteamiento del Problema en estudio	12
Hipótesis y Objetivos	13
Marco Teórico	14
Material y Métodos	
Tipo de estudio	42
Sitio o contexto del estudio	42
Población y muestra	43
Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos	44
Cuidados Éticos	49
Personal a cargo de la recolección de los datos	50
Plan de Análisis	50
Bibliografía	54
Anexos	57
I - Guía de estudio de convalidación de sitio	58
II - Instrumento de recolección de los datos – Cuestionario Autoadministrado	59
II B - Consentimiento Informado	64
II C - Asentimiento Informado	65
III - Resultados de estudio exploratorio	66
III B- Nota convalidación de Sitio	69
IV - Resultados de Prueba piloto	70

INTRODUCCION

La adolescencia es un fenómeno cultural producto de la civilización occidental, es como una ceremonia de iniciación del paso de la infancia a la edad adulta. Constituye un período de tiempo impreciso, cuya duración ha ido aumentando en los últimos tiempos, debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del período de formación escolar y profesional.

El final de la adolescencia no está claramente delimitado. Si bien ocurren cambios físicos, cognoscitivos y sociales, cada adolescente es un ser único, que está marcado por su contexto histórico, su ambiente sociocultural, su etnia, su pertenencia de clase y su género, entre otros factores. Debido a esto, aparecen más conflictos con los progenitores, con resistencia a su autoridad, cambios en el estado de ánimo y aparición de conductas arriesgadas. (1)

En este artículo de Unicef sobre “Salud Adolescente”, publicado en el 2017; muestra que los adolescentes representan el 17% de la población mundial: son 1.200 millones, y la mayoría (88%) vive en países en desarrollo. La proporción de adolescentes alcanzó su punto más alto en la década de 1980, con más del 20%.

En la Argentina, los adolescentes representaban al 17,2% de la población total en 1980 (eran 4,8 millones de adolescentes). En 2015, la proporción se redujo a la quinta parte de la población total argentina: el 16,3%. Se estima que, por la reducción de la fecundidad, el peso relativo de los adolescentes bajará hasta representar el 15% de la población en el año 2020. (1)

El consumo de drogas en los adolescentes constituye un problema de salud y una gran preocupación para los padres, profesionales de la salud, profesores y la sociedad en general. Ningún otro problema de salud, a esta edad, conduce a tan trágicos efectos en términos de mortalidad, morbilidad, afectación del potencial futuro y los devastadores efectos en la familia del joven. (2)

En la adolescencia, mientras que los factores genéticos y neurobiológicos intervienen en la transición de un consumo regular de sustancias de abuso hacia trastornos por consumo de sustancias, los factores familiares y ambientales determinan el inicio del consumo de sustancias.

Los factores familiares de riesgo incluyen el consumo por parte de uno o ambos padres, violencia intrafamiliar, conflictos familiares y el manejo emocional deficiente.

La sociedad también ejerce influencia al vivir en una comunidad con inequidad socioeconómica y con normas que favorecen el consumo de sustancias ligadas al establecimiento del status quo.

Múltiples estudios han reportado que los adolescentes con familia separada, ya sea por abandono, muerte o divorcio, tienen mayor riesgo de consumo de sustancias.

Relaciones cálidas con la madre, el padre o ambos y la adecuada supervisión familiar al adolescente son factores protectores contra el inicio del consumo de sustancias. Aunque los padres influyen en el consumo de sustancias de abuso, la influencia de hermanos, compañeros y amigos es mayor. De acuerdo con las características de socialización, el consumo de sustancias por parte de pares y compañeros puede aproximar a los adolescentes al inicio del consumo de sustancias. (3)

En este artículo encontrado de un estudio a adolescentes estudiantes de una región de Colombia, se busca determinar los factores de riesgo familiar que inciden en el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).

La familia juega un papel primordial en los adolescentes y en la prevención frente al consumo de Sustancias psicoactiva; modificando acciones que lleven al conocimiento de los hijos, actividades que realizan, lugares que frecuentan y amigos con los cuales se relacionan, se pueden establecer mecanismos de control que permitan estar más cerca de ellos.

Como resultado de los 173 encuestados, se obtuvo que, en lo que corresponde al estado civil de los padres, se encontró que los estudiantes con padres casados o en unión libre presentan mayor consumo de alcohol, cigarrillo y marihuana y en separados o solos se encuentran los consumidores de tranquilizantes, estimulantes y otras drogas; el consumo de energizantes se da por igual en ambas condiciones.

Se destaca que en los estudiantes que han presentado consumo de sustancias psicoactivas los porcentajes más altos se dan en los pertenecientes a la familia nuclear, el 25,6 % de los consumidores pertenecen a la familia monoparental y el 9,8 % a la familia extensa. Para el tiempo compartido con los hijos en las horas de las comidas se encontró que los padres en su mayoría si comparten tiempo de las comidas con sus hijos todos los días.

Los porcentajes de los padres que saben dónde se encuentran sus hijos y el conocimiento sobre los amigos de sus hijos, se encontró que entre el 35 % y el 56 % siempre y a veces saben dónde están y conocen bastante y más o menos a los amigos de sus hijos respectivamente. En lo relacionado con los lugares donde se presenta el consumo de estas sustancias se encuentra que en alto porcentaje lo

hacen en la casa de los amigos, seguido por las fiestas y la propia casa; es de resaltar que el consumo de marihuana se da en la casa, el colegio y sus alrededores.

Dentro de las razones por las cuales los estudiantes consumen sustancias psicoactivas encontramos que el mayor porcentaje lo hace porque le gusta, le divierte o le da placer 37,8 % especialmente para consumo de cigarrillo.

La percepción del riesgo aumenta con la frecuencia de consumo, en un alto porcentaje entre 50 % y 66 % consideran que el consumo de sustancias psicoactivas tiene un gran riesgo, especialmente para el consumo de alcohol y cigarrillo.

En cuanto al conocimiento que tienen los estudiantes sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas se encontró que existe un 22 % que están poco informados, y el 68,3 % de los estudiantes recibieron algún tipo de capacitación.

La familia nuclear y monoparental es otro elemento encontrado significativo para el consumo de SPA; la función socializadora de la familia es el elemento sobre el que pivota su influencia en la prevención del uso de drogas en los adolescentes.

Este déficit en la función socializadora se expresa en un deficiente control de los hijos, la presencia de actitudes y comportamientos percibidos como tolerantes (o no extremadamente intolerantes) frente a las drogas y la existencia de conflictos familiares, bien entre los padres o de los padres con los hijos.

También se muestra que los padres desinteresados y su limitada participación en la formación de los hijos son factores de riesgo para el consumo de SPA. Por cuanto el papel de la familia es fundamental para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se requiere una mayor presencia por parte de los padres en el hogar, compartir tiempo de calidad con los hijos y ejercer un mayor control sobre las actividades que realizan los hijos. (4)

Otra investigación encontrada, analiza a 300 estudiantes, de ambos sexos, de bachillerato de un colegio público, de un municipio de Huila (Colombia), y tuvo como objetivo identificar los factores personales (creencias sobre la marihuana, emociones, habilidades sociales y condiciones sociodemográficas) y sociales (individuales, familiares, educativos, ambientales y de compañeros) de riesgo de consumo de marihuana.

Respecto a los factores de riesgo individuales, se encontró que los estudiantes se caracterizaron por tener pocas creencias negativas sobre el consumo de marihuana (86.3%), menor percepción de barreras para ese propósito (93%), baja percepción de vulnerabilidad y de normas de consumo (83.3%), percepción elevada de los beneficios de consumir marihuana (51.3%) y baja percepción de riesgo (77.7%).

Adicionalmente, se halló que 42.7% de los jóvenes manifestaba elevado malestar emocional y 40% escasas habilidades sociales, ambas consideradas de alto riesgo de consumo. En relación a los factores sociales de riesgo, solamente 36% de los adolescentes pertenecían a familias disfuncionales, con padres consumidores (19%) de SPA legales (alcohol o tabaco).

El 85.3% de la población se halló en riesgo por la alta disponibilidad y acceso a las drogas; para 68% de los estudiantes era fácil conseguir marihuana; para 82.3%, alcohol; para 25.6%, inhalables; para 17%, bazuco, y entre 4.3 y 4.7% consideraba fácil conseguir heroína, LSD o éxtasis.

Los factores de riesgo asociados a grupos pares y amigos se evaluaron por medio del factor “satisfacción con las relaciones interpersonales”, donde 92% de los participantes se ubicó en protección; asimismo, en el factor “preconceptos y valoración de las drogas” se encontró que 98% de ellos se hallaba en riesgo, pues 59.3% tenía amigos consumidores de SPA, de los cuales 62.3% consumían marihuana, 0.56 % otras sustancias ilegales y 37.7% alcohol y tabaco. (5)

Siguiendo con la búsqueda, se encuentra un artículo español donde hace referencia a que el propósito de dicho estudio ha sido analizar la relación entre el consumo de alcohol de los adolescentes, la estructura familiar y el afecto que perciben de sus padres.

Se han analizado las distintas frecuencias utilizadas y se ha encontrado que el porcentaje de adolescentes que consume alcohol en este estudio es menor que el que refleja los datos epidemiológicos españoles. (6)

En la sociedad española el alcohol es aceptado como parte de usos y costumbres. Asociamos el consumo de alcohol a todo tipo de actos sociales, festejos y celebraciones. Los adolescentes no son ajenos a este modelo social que integra el uso de alcohol como una forma de entender el ocio. Los resultados de este estudio muestran que en las familias nucleares el consumo de alcohol por parte de los adolescentes quizá es más un instrumento de socialización, un proceso de aprendizaje sobre cómo beber y sobre el control y los límites, facilitando el conocimiento personal.

Los adolescentes consumen alcohol como forma de construir su identidad social y personal. Para ellos este uso de alcohol está estrechamente relacionado con su tiempo libre, su forma de establecer relaciones y facilitar la integración entre sus grupos de iguales.

Sin embargo, debemos establecer diferencias entre lo que se considera un consumo responsable o un consumo abusivo del alcohol. En este sentido, se ha encontrado que determinados tipos de estructura familiar sí que influyen en el tipo de uso de alcohol que los adolescentes desarrollan. En familias monoparentales, reconstituidas y en adolescentes que viven con su familia extensa se ha encontrado un mayor consumo intensivo y no responsable, siendo mayor el problema en familias monoparentales respecto a otras formas familiares.

En esta línea, en las familias en las que los cuidados y la atención de los hijos recaen en un solo progenitor, el control y la supervisión de los adolescentes es mucho más difícil. Se trata de familias que tienen una mayor sobrecarga y estrés y que en ocasiones carecen de apoyos externos.

Este hecho, por sí solo, ya es una dificultad para poder llevar a cabo las funciones parentales de forma adecuada. Una comunicación adecuada entre padres e hijos, así como una supervisión de las actividades de los adolescentes por parte de los padres es fundamental para prevenir el desarrollo de conductas de riesgo.

La sobrecarga, el mayor desgaste emocional que tienen los progenitores de familias monoparentales, las posibles dificultades económicas y el probable escaso o nulo apoyo social que tengan estas familias puede repercutir de forma negativa en ese consumo de alcohol de los adolescentes.

Puede que, en estas familias, en las que la presencia de los padres es menos percibida por los adolescentes, el grupo de iguales cobre mucha más importancia para ellos, y que la presión grupal y la necesidad de sentirse integrados tenga efectos en ese mayor consumo de alcohol, como se ha detectado en este trabajo. (6)

En la presente investigación se observa cómo los adolescentes que viven de forma compartida en dos familias al mismo tiempo muestran a veces conductas de riesgo respecto al alcohol más preocupantes (beben para poder olvidarlo todo) que aquellos que sólo viven en una familia, lo que vuelve a poner de manifiesto la importancia de tener un sistema claro y unificado de reglas y normas familiares.

Un aspecto que ha resultado ser fundamental en este estudio, y que no suele ser objeto de análisis en los diferentes trabajos que se realizan sobre familias monoparentales y reconstituidas, ha sido diferenciar entre familias monomarentales y monoparentales, familias reconstituidas maternas y familias reconstituidas paternas, ya que han aparecido diferencias relacionadas con el uso de alcohol de los adolescentes en función de si la figura parental de referencia era el padre o la madre.

En este sentido, los adolescentes que vivían en familias en las que los padres eran los encargados de llevar a cabo las funciones parentales (familias monoparentales y familias reconstituidas paternas) mostraron porcentajes más elevados de uso diario de alcohol, tanto con amigos como en solitario, así como de consumo abusivo de alcohol, que aquellos que vivían familias en las que las madres eran las responsables de la atención y el cuidado de sus hijos/as.

Es evidente que en nuestra cultura el papel de la atención y cuidado de los hijos ha recaído y sigue recayendo sobre la figura materna y, aunque no son muchos los estudios que ponen esto de manifiesto, cuando lo hacen muestran que cuando ese control por parte de la figura materna no se lleva a cabo es cuando las cifras de consumo de alcohol en los adolescentes son mayores. (6)

Por último, y coincidiendo con estudios similares (Alonso-Castillo, Yáñez-Lozano y Armendáriz-García, 2017; Barragán et al, 2016), los resultados parecen mostrar que el afecto familiar percibido por el adolescente es decisivo en el consumo de alcohol, puesto que aquellos que se sentían queridos con menos frecuencia eran los que más consumían y los que se sentían más queridos presentaban un menor consumo con amigos entre semana o todos los días.

Como ya ha sido señalado también en otras investigaciones, cuando en la familia existe cercanía emocional y los adolescentes se sienten queridos, disminuye la probabilidad de que desarrollen este tipo de conductas. Una relación familiar afectiva no sólo actúa como factor de protección frente al consumo de alcohol, sino que, en la misma medida, actúa como efecto preventivo de la presión que puede ejercer el grupo de pares.

Por el contrario, los adolescentes suplen la ausencia de cariño en sus familias con su grupo de iguales que, al mismo tiempo, actúa como reforzador del consumo de alcohol. (6)

En el artículo sobre Prevención del uso indebido de drogas, publicado en el 2015 en Bolivia, muestra que basado al “Informe mundial sobre las drogas”, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), a nivel mundial las dos drogas ilícitas de mayor consumo

siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis”, (0,3% a 1,2%).

La prevalencia anual mundial de la cocaína es del 0,3% y el 0,4% y de los opiáceos (opio y heroína) entre el 0,3% y el 0,5%. Una de las repercusiones más importantes del consumo de drogas ilícitas son las consecuencias adversas sobre la salud de miembros de la sociedad: entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas; aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas. (7)

El camino que lleva a los jóvenes de la iniciación al consumo perjudicial de sustancias está influenciado por factores que a menudo escapan a su control. Los factores personales (como la salud conductual y mental, el desarrollo neurológico y las variaciones genéticas, y las influencias sociales en estos factores), el nivel micro (funcionamiento parental y familiar, escuelas e influencia de los compañeros) y el nivel macro (entorno socioeconómico y físico) pueden hacer a los adolescentes vulnerables al consumo de sustancias. Esos factores varían de unas personas a otras y no todos los jóvenes son igualmente vulnerables al consumo de sustancias.

Ninguno de esos factores puede por sí solo dar lugar al consumo de sustancias y, en muchos casos, esas influencias cambian con el tiempo.

En general, lo que determina la susceptibilidad al consumo de drogas de una persona joven es la conjugación decisiva de los factores de riesgo que están presentes y los factores de protección que están ausentes en una determinada etapa de la vida de esa persona.

Los problemas mentales y conductuales que se manifiestan a una edad temprana, la pobreza, la falta de oportunidades, la falta de implicación de los padres y de apoyo social, la influencia negativa de los compañeros y la falta de medios en las escuelas son más comunes entre los jóvenes que tienen problemas de consumo de sustancias que entre los que no.

El consumo perjudicial de sustancias tiene múltiples efectos directos en los adolescentes. El abuso de sustancias en la adolescencia incrementa la probabilidad del desempleo, los problemas de salud física, las relaciones sociales disfuncionales, la tendencia al suicidio, las enfermedades mentales e incluso la reducción de la esperanza de vida.

En los casos más graves, el consumo perjudicial de sustancias puede desembocar en un círculo vicioso en que el uso de sustancias se alimenta de la pérdida de estatus socioeconómico y de habilidades para forjar relaciones. (8)

Las drogas han sido, son y serán, por una parte, ese tipo de cosas al que los padres de niños en edad infantil no dan importancia por creer que queda muy lejos de sus hijos y, por otra, ese gran tabú para los padres de adolescentes que creen que con la prohibición es suficiente, pero lo cierto es que están equivocados.

Las drogas están mucho más cerca de los niños y jóvenes de lo que nos imaginamos. Es por ello que debemos saber actuar ante esta problemática y la mejor forma de hacerlo es aprendiendo a educar desde las primeras etapas de vida de nuestros hijos. (9)

De los artículos analizados anteriormente, surge la relevancia y magnitud del tema, ya que, en la actualidad, la investigación centrada en la adolescencia pone cada vez más el énfasis en el desarrollo de conductas de riesgo en una población de chicos y chicas que, en principio, no muestran problemas de conducta clínicos que pudieran justificar o explicar la implicación en dichas conductas.

Así, encontramos de actualidad temas como el uso, o más bien el abuso, generalizado y “normalizado” de sustancias tanto legales, alcohol generalmente, como ilegales, cannabis y drogas denominadas de diseño.

Por las consecuencias, la investigación de las conductas de riesgo en la adolescencia aparece como un campo de urgente estudio, cuya comprensión va a permitirnos la elaboración de intervenciones más ajustadas y eficaces en la consecución de adolescentes ajustados y saludables.

La importancia y la utilidad de llevar a cabo esta investigación y el aporte que realizaría a la profesión sería, junto con los docentes y directivos del establecimiento educativo, ayudar en la elaboración de estrategias y en la toma de decisiones que permitan prevenir y actuar ante situaciones de consumo de drogas en la adolescencia, y así prevenir la reducción de daños para conseguir una sociedad más saludable y segura; viendo que en lo analizado, el consumo de drogas, por su incidencia y las graves consecuencias que estas sustancias acarrearán para la salud, está considerado como un **Problema Social**.

Los adolescentes son uno de los grupos más vulnerables ante el consumo de estupefacientes. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga (Unodc) y el Delito destaca la importancia de conocer y entender por qué este sector es más propenso al consumo, así como los graves riesgos que conlleva. (10)

El propósito de esta investigación será identificar la estructura y atmósfera familiar de los adolescentes, caracterizar el tipo de vínculos que se tejen al interior de estas familias, y considerar la manera en que la historia y la experiencia familiar predisponen al nivel de consumo en la población en estudio.

Obtenido los resultados, se presentarán a la institución y se analizará en forma conjunta la elaboración de programas de prevención familiar; actividades que se desarrollan con el fin de impedir o retrasar la aparición de conductas proactivas al consumo, uso y/o abuso de drogas ya que su enfoque se centra en fortalecer los factores de protección.

Esto implica a favorecer que la familia tome conciencia de la capacidad de influencia que ejercen sobre sus hijos en prevención de conductas de consumo y facilitar estrategias y recursos que permitan una actuación adecuada en la educación, prevención de conductas de riesgo, detección temprana y decisión de tratamiento.

Otra propuesta, es la utilidad de talleres y clases especiales desarrollando los temas de drogas y alcohol, con la necesidad de contar con información más precisa sobre efectos, riesgos, etc. relacionados con las sustancias.

Entonces, ¿Qué relación existe entre el ámbito familiar y el nivel de consumo de sustancias en adolescentes que asisten a una Escuela Provincial, nivel secundario, del noroeste la ciudad de Rosario durante marzo y abril de 2021?

Del desarrollo de esta temática se puede plantear dos propuestas:

- Adolescentes con vínculos sanos y responsables con la madre, el padre o ambos y la adecuada supervisión familiar son factores protectores contra el inicio del consumo de sustancias.
- Los Adolescentes que presentan factores de riesgo en el ámbito familiar tienen mayor riesgo de consumo abusivo de sustancias.

El Objetivo General de este estudio es determinar la relación que existe entre el ámbito familiar y el nivel de consumo de sustancias en adolescentes que asisten una Escuela Provincial, nivel secundario, del noroeste de la ciudad de Rosario, durante marzo y abril de 2021.

Del Objetivo General, se desprenden los siguientes Objetivos específicos:

- Identificar relaciones familiares armoniosas en la población estudiada.
- Identificar relaciones familiares conflictivas en la población estudiada.
- Determinar que sustancias consumen los adolescentes.
- Identificar magnitud del consumo.

MARCO TEORICO

Diversos reportes científicos señalan que los adolescentes y jóvenes entre 12 y 25 años tienen mayor vulnerabilidad y riesgo de consumir sustancias de abuso, lo que los lleva a padecer problemas biopsicosociales relacionados con el consumo.

Los adolescentes tienen este elevado riesgo debido a que son influenciados por una compleja interacción entre diversos aspectos biopsicosociales. Por ejemplo, la inmadurez neurobiológica que

implica que sean impulsivos y tiendan a mostrar actitudes temerarias, así como constantes errores de juicio que pueden considerarse “normales” dentro del proceso de desarrollo del adolescente. Sin embargo, esta característica del desarrollo de los adolescentes los hace más vulnerables porque la conducta impulsiva los coloca en situaciones de riesgo en las que pueden tener deficiencia en el manejo de las emociones y en la toma de decisiones, ejerciendo escasas conductas de autocuidado, especialmente en situaciones de presión social ejercida por el grupo de pares.

Ante este escenario el consumo de sustancias de abuso incrementa el riesgo de desenlaces nocivos para la salud del adolescente, tal como lo señalan las altas tasas de accidentes automovilísticos, riñas callejeras y sobredosis que pueden provocar lesiones graves y la muerte. Si bien es cierto que los adolescentes tienen mayor riesgo de consumir sustancias de abuso de tipo legal e ilegal que los adultos (para los adolescentes son todas ilegales, ya que tienen menos de 18 años); también es cierto que sólo un porcentaje las consumen de manera experimental y un menor porcentaje de los consumidores manifiesta patrones de consumo nocivo y dependencia.

A pesar de la vulnerabilidad y riesgo que tienen los adolescentes para iniciar el consumo de sustancias, muchos de ellos nunca llegan a consumirlas ni padecen dependencia porque lo que constituye un factor de riesgo para una persona puede no serlo para otra, debido al tipo de formación, educación, comunicación con figuras de autoridad, autoconocimiento, entre otros. (11)

El camino que lleva a los jóvenes de la iniciación al consumo perjudicial de sustancias está influenciado por factores que a menudo escapan a su control. Los factores personales (como la salud conductual y mental, el desarrollo neurológico y las variaciones genéticas, y las influencias sociales en estos factores), el nivel micro (funcionamiento parental y familiar, escuelas e influencia de los compañeros) y el nivel macro (entorno socioeconómico y físico) pueden hacer a los adolescentes vulnerables al consumo de sustancias. Esos factores varían de unas personas a otras y no todos los jóvenes son igualmente vulnerables al consumo de sustancias. Ninguno de esos factores puede por sí solo dar lugar al consumo de sustancias y, en muchos casos, esas influencias cambian con el tiempo.

En general, lo que determina la susceptibilidad al consumo de drogas de una persona joven es la conjugación decisiva de los factores de riesgo que están presentes y los factores de protección que están ausentes en una determinada etapa de la vida de esa persona.

Los problemas mentales y conductuales que se manifiestan a una edad temprana, la pobreza, la falta de oportunidades, la falta de implicación de los padres y de apoyo social, la influencia negativa

de los compañeros y la falta de medios en las escuelas son más comunes entre los jóvenes que tienen problemas de consumo de sustancias que entre los que no.

El consumo perjudicial de sustancias tiene múltiples efectos directos en los adolescentes. El abuso de sustancias en la adolescencia incrementa la probabilidad del desempleo, los problemas de salud física, las relaciones sociales disfuncionales, la tendencia al suicidio, las enfermedades mentales e incluso la reducción de la esperanza de vida.

En los casos más graves, el consumo perjudicial de sustancias puede desembocar en un círculo vicioso en que el uso de sustancias se alimenta de la pérdida de estatus socioeconómico y de habilidades para forjar relaciones. (12)

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, varía entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos.

Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto.

Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Muchos de ellos experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud. Las leyes, costumbres y usanzas también pueden afectar a los adolescentes de distinto modo que a los adultos.

La familia y la comunidad representan un apoyo fundamental: Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas. (13)

El crecimiento y la maduración del ser humano son procesos que requieren tiempo, es decir, no se producen de forma brusca, aunque hay ciertas etapas y edades donde estos cambios ocurren con mayor velocidad, sobre todo los físicos.

Según el estudio *Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales*, llevado a cabo por J.J Casas Rivero y M.J Ceñal González Fierro, de la Unidad de Medicina del Adolescente del Servicio de Pediatría del Hospital de Móstoles, en Madrid, las etapas de la adolescencia son tres. En el estudio sitúa la media de desarrollo completo de la adolescencia en los 21 años.

Adolescencia temprana (11 a 13 años): Es la primera etapa de desarrollo del niño. Se caracteriza porque comienza a experimentar cambios físicos a una gran velocidad. En esta fase aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, sino que son consecuencias o se derivan de los cambios físicos. El adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, y esto provoca una gran curiosidad y una situación extraña para él.

Las transformaciones acercan al adolescente a su grupo de amigos, que también experimentan los mismos cambios, por lo que existe una identificación grupal.

Durante esta fase no se producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos, el adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento, no percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto. Los contactos con el otro sexo tienen un carácter exploratorio, también lejos del deseo sexual adulto.

Adolescencia media (14 a 17 años): Al comienzo de esta fase, el adolescente ya ha finalizado casi por completo su maduración sexual: sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha adquirido el 95 por ciento de su estatura. A partir de este momento, los cambios físicos se ralentizan sobremanera, lo que le permite al adolescente fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo. En esta fase adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales. Durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras, aunque en circunstancias conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones. La capacidad de percibir en abstracto provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con otras personas, grupos e ideologías.

El adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta etapa.

El narcisismo y la sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos del adolescente. Proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de acaparar

atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser más agresivo en ciertas circunstancias y puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

El contacto con el otro sexo se incrementa, aunque no sólo responde a un deseo sexual creciente, sino también al narcisismo y la exploración de los propios límites del adolescente, que necesita poner a prueba el grado de atracción que posee.

Adolescencia tardía (17 a 21 años): El desarrollo físico y sexual ha terminado. El adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción. El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos.

El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona. A partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales. (14)

Cuando hablamos de la Familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad.

En muchos países occidentales, el concepto de la familia y su composición ha cambiado considerablemente en los últimos años, sobre todo, por los avances de los derechos humanos y de los homosexuales.

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: “Vínculos de Afinidad” derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio —que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia—, y “Vínculos de Consanguinidad”, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

Tipo de familias: Teniendo en cuenta el cambio social producido en las últimas décadas, las familias han ido cambiando su forma de concebirse. La familia es el agente socializador de mayor influencia en el crecimiento de un individuo, la cual entrega una base sólida para la formación y las herramientas necesarias para enfrentarse al futuro.

El bienestar emocional ha sido un punto clave en las últimas investigaciones científicas, aunque la existencia de patologías mentales dentro del núcleo establece problemáticas dificultando el desarrollo social de los miembros de la familia. Una familia es capaz de transformarse y modificarse a la situación para seguir su funcionamiento a lo largo del tiempo.

Los siguientes tipos de familia exponen la forma y sus miembros, sin contar la funcionalidad de esta.

- Familia nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar».
- Familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
- Familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.
- Familia homoparental, aquella que está conformada por dos padres (o madres) del mismo sexo.
- Familia compuesta, es la que existen varias familias nucleares.
- Familia sin hijos, no hay descendientes.
- Familia Adoptiva, es aquella donde el hijo es adoptado, es decir, no hay padres biológicos.
- Otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.

En muchas sociedades, principalmente en Estados Unidos y Europa occidental, también se presentan familias unidas por lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legales. Entre este tipo de unidades familiares se encuentran las familias encabezadas por miembros que mantienen relaciones conyugales estables no matrimoniales, con o sin hijos.

Dentro de las percepciones, una familia es importante para el desarrollo de los niños, la familia es una fundación donde las personas lidian con otras desarrollando habilidades para poder convivir en paz en compañía de otro, las relaciones familiares se caracterizan por ser estrechas y mantener una unión sólida, dentro de este tipo de relaciones entrega herramientas para que el individuo pueda aprender de sus propias características.

Las familias mantienen una historia y es importante que los integrantes la sepan para poder conectar a las generaciones e identificar conductas repetidas de los miembros de la familia. (15)

El fenómeno del consumo de drogas ilegales (cocaína, marihuana, opiáceos, anfetaminas, metanfetaminas) y legales (tabaco y bebidas alcohólicas), es observado como un problema epidemiológico, dada la extensión y universalidad que desafía los sistemas de seguridad y salud pública de todo el mundo.

Así como informes epidemiológicos de organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, reiteradamente señalan que el consumo de drogas en la población es un problema de salud pública de gran impacto mundial, donde los adolescentes son un grupo selecto de la población que están iniciando el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) a edades tempranas de la vida (antes de los 12 años de edad) y que consumen y abusan de las drogas ilegales: marihuana, cocaína, u otro tipo de droga ilegal después de los 12 años de edad.

Investigaciones realizadas del año 1989 al 2011, insistentemente confirman que el consumo de drogas legales como el alcohol y tabaco en la adolescencia, propician el riesgo de escalada al consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, drogas sintéticas, entre otras) y al consumo adictivo y problemático de éstas. Por eso la población adolescente es una preocupación social y se constituye en uno de los objetivos centrales de la investigación en la salud pública, al igual que en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El riesgo del inicio del consumo de drogas a edades tempranas de la vida, el uso y abuso de drogas que presentan los hombres y mujeres adolescentes, no es considerado un evento aislado, sino que puede estar influido por numerosos factores de riesgo, algunos están presentes en el entorno familiar y ambiental, otros son de carácter individual al adolescente.

1. Factores familiares. En este tópico se analizó la estructura familiar, historia parental de consumo de alcohol y otro tipo de drogas y prácticas de crianza parental.

Las investigaciones realizadas en la estructura familiar como factor de riesgo para el consumo de drogas señalan que, los adolescentes que se inician en el consumo de drogas legales o ilegales o que ya tienen problemas de abuso, son de familias que tienen un solo padre, madre y/o con divorcio y segundas nupcias. Al analizar estos hallazgos, se detectó que hay otras variables más importantes

que la propia estructura familiar, consideradas variables mediadoras a la hora de predecir el riesgo y/o consumo de drogas en los hijos. Variables como la unión familiar, ambiente familiar (cohesión familiar, comunicación familiar e indiferencia paternal), ruptura en las relaciones padres-hijos, deterioro de otras relaciones familiares y estrés familiar, que llegan a tener repercusiones en otros comportamientos individuales en los hijos, aparte del consumo de drogas.

Las investigaciones realizadas en la historia parental de consumo de alcohol y otro tipo de drogas, han descrito que es un factor de riesgo para que el adolescente inicie, incremente o abuse y/o tenga dependencia a las drogas.

Sin embargo, no ejerce una influencia directa para el consumo de drogas en los adolescentes, sino que el consumo de drogas está mediado por variables más importantes como, la presencia de un ambiente familiar caracterizado de conflictos padres-hijos, problemas en la unión familiar: comunicación, actividades en conjunto y apoyo de los padres, estilos de crianza negativos, relaciones no afectivas hacia los hijos, falta de control parental, falta de supervisión, la presencia de disciplina punitiva o coercitiva, falta de cercanía de padres-hijos y actividades compartidas, con repercusiones negativas en las conductas de los niños (afectivos, desobediencia, agresión y aislamiento) y adolescentes (enfrentamiento negativo, depresión, frustración, falta de madurez psicosocial, agresión), que los lleva a presentar conductas delictivas y/o pertenencia de amigos con problemas conductuales y consumo de drogas.

Indagaciones en las prácticas de crianza parental como factor de riesgo familiar señalan que, los adolescentes consumidores de drogas tienen padres que asumen comportamientos de crianza parental caracterizada por rechazo hostil, falta de afecto/aceptación, indiferencia/abandono, bajo apoyo parental, falta de supervisión parental, y acciones coercitivas tales como los golpes, amenazas y gritos.

Se puede concluir que la estructura familiar y la historia parental no ejercen influencia directa para que el adolescente consuma algún tipo de droga. Sino que lo hacen a través de la naturaleza de las relaciones intrafamiliares que se pueden ver afectadas por los posibles cambios resultantes en la estructura familiar y por las consecuencias propias del consumo de drogas en los padres.

2. *Factores individuales y ambientales.* Los adolescentes que consumen drogas legales o ilegales tienen problemas individuales de personalidad como: baja competencia social (asertividad) ante la presión grupal y por la percepción de no sentirse amigables por otros.

Además, problemas psicológicos como bajo autoconcepto emocional, académico y social, insatisfacción con la imagen corporal, síntomas de depresión, ansiedad, tristeza, llanto, intento o pensamientos de suicidio, irritabilidad, etc. Así como problemas conductuales como desordenes de hiperactividad y déficit de atención, trastornos de alimentación, bajo rendimiento escolar, amenazar a personas, pleitos, robo, agresividad y conducir automóvil bajo el efecto de algún tipo de droga.

Por último, también tienen problemas de riesgo ambiental como: la disponibilidad de drogas legales e ilegales (facilidad para adquirirlas), un entorno rodeado de bares de fácil acceso para adquirir las drogas y están rodeados de personas que venden drogas y amigos consumidores de drogas. Se asume que los factores individuales y ambientales antes descritos, aumentan la vulnerabilidad del adolescente para el consumo de drogas.

El fenómeno del consumo de drogas en los adolescentes tiene una construcción de conocimiento en los factores familiares, individuales y ambientales, considerados elementos que no son aislados. Como enuncia Becoña (2002), los adolescentes se pueden encontrar con muchos factores de riesgo, unos atribuidos a la familia, otros al ambiente externo (los amigos, sistema escolar, comunidad) y los propios del adolescente (individuales), que no se pueden catalogar sin pensar en la interrelación que llegan a tener unos con otros. De ahí que no se puede pensar y analizar de forma aislada la existencia de estos factores de riesgo en el consumo de drogas durante la adolescencia, además porque están interrelacionados con consecuencias negativas en la vida del adolescente como las conductas problemas de tipo antisocial.

A su vez, Pons y Buelga (2011) reiteran que los factores de riesgo familiares, individuales y ambientales, al interactuar entre sí forman constelaciones de fuerzas que repercuten de manera conjunta e interrelacionada en la conducta del individuo para que consuma drogas.

Lo anterior sugiere que la actuación de estos factores de riesgo debe ser entendidos como variables predisponentes, más que hablar de “causas de un problema” que, por su presencia dan significado a los mismos y los hacen más comprensibles. (16)

Otro hallazgo encontrado, habla sobre que las investigaciones realizadas durante las dos últimas décadas han tratado de determinar cómo comienza y avanza el abuso de drogas, aunque resulta complicado definir una sola causa.

La conducta asociada a su consumo obedece a múltiples factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona abuse de las drogas. Los factores de riesgo son aquellos agentes interpersonales, sociales o individuales que están presentes en los ambientes en los que se desarrollan las personas y que pueden incrementar las posibilidades de que se dé un proceso adictivo; mientras que los factores de protección pueden reducir, neutralizar o bien, eliminar este riesgo. Ambos tipos de factores pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de sus vidas.

En cada etapa se enfrentan riesgos que es posible cambiar a través de una intervención preventiva; por ejemplo, en los niños se pueden modificar o prevenir los riesgos durante los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares y comunitarias dirigidas a propiciar que los niños desarrollen conductas positivas.

Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, como el fracaso académico y problemas sociales, los cuales aumentan las posibilidades de que se abuse de las drogas en el futuro. Es así como se debe considerar tanto el ambiente individual como el familiar al momento de detectar estos factores y establecer programas de prevención.

Los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que se está expuesto, mayor es la probabilidad de que una persona abuse de las drogas. En ciertas etapas del desarrollo, algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros, como la presión de los compañeros durante la adolescencia.

De igual forma, ciertos factores de protección, como el fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en la reducción de los riesgos durante los primeros años de la niñez. Una meta importante de la prevención, es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección, de manera que haya más factores de protección que situaciones de riesgo.

Algunas de las señales de riesgo son evidentes desde la infancia o en la niñez temprana, tales como la conducta agresiva, la falta de autocontrol o un temperamento difícil. Cuando el niño crece, las interacciones con la familia, la escuela y la comunidad pueden influir en el riesgo de que usen drogas en el futuro.

Cabe aclarar que el consumo de drogas no dependerá exclusivamente de que existan factores de riesgo, sino también del individuo y de su entorno.

De igual forma, ninguno de los factores, tanto de riesgo como de protección, está por encima de los otros ni son la única causa del consumo; se puede hablar de probabilidad, pero no de determinación.

Factores de riesgo Familiares: • Deseo de salir de la casa. • Reconocimiento del fracaso familiar. • Aislamiento y marginalidad en la casa. • Relaciones tensas o violentas en el hogar. • Mala relación con los padres o entre los hermanos. • Familia disfuncional. • Frustración familiar, ambivalencia (sentimientos de rechazo y aceptación) hacia la familia, no adquisición de la independencia. • Falta de cariño y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores. • Disciplina autoritaria e inflexible, falta de diálogo y ausencia de límites. • Ausencia de límites. • Desinterés por la educación de los hijos. • Crianza poco efectiva. • Ausencia constante de los padres en la vida cotidiana de sus hijos. • Ausencia de responsabilidades dentro del hogar y entre sus miembros. • Mala comunicación entre padres e hijos. • Vínculos débiles entre padres e hijos. • Padre o cuidador que consume drogas. • Eventos estresantes en la vida familiar. • Desorganización familiar. • Sobreprotección.

Factores de Protección Familiares: • Ambiente cálido. • Existencia de madres y/o padres sustitutos que apoyen o estimulen. • Comunicación abierta y asertiva. • Estructura familiar con capacidad para superar las dificultades. • Buena relación con padres y hermanos. • Cohesión o unión familiar. • Aprecio y reconocimiento del padre hacia el hijo. • Límites claros y una disciplina aplicada consistentemente. • Apoyo y seguimiento de la educación de los hijos (educación democrática). • Manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia. • Tiempo de calidad en familia. • Relación fundamentada en el cariño/amor que permite disentir y criticar conductas, corregirlas sin afectar el reconocimiento al valor de la persona. • Expectativas claras. • Responsabilidades establecidas. • Lazos seguros con los padres. • Altas expectativas de parte de los padres, que tengan un proyecto educativo para orientar su vida y la de sus hijos. • Compartir intereses y tiempo libre. • Promoción de hábitos sanos. (17)

¿Qué es una droga? Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "una droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas." Además, las drogas o sustancias psicoactivas son capaces de modificar la consciencia, el humor y el pensamiento de una persona. Según la OMS:

1. Las drogas son sustancias, por tanto, las drogodependencias son las adicciones a una sustancia.
2. Son todas las sustancias que afectan al SNC y crean dependencia. Dichas sustancias pueden ser tanto naturales como artificiales, y también legales o ilegales.
3. Se pueden introducir al organismo por cualquier vía de administración. Es decir, se pueden ingerir por vía oral, se pueden fumar, se pueden inyectar para introducir por vía endovenosa y también se pueden "esnifar" o aspirar por la nariz.
4. Alteran el sistema nervioso central, por tanto, pueden excitar, pueden tranquilizar, pueden calmar el dolor o pueden distorsionar la percepción de la realidad.
5. Crean dependencia, es decir, todas las drogas tienen la capacidad de generar dependencia. La dependencia se entiende como la necesidad de consumir la droga y presenta una serie de síntomas que apuntan que la persona ha perdido el control sobre el consumo de la sustancia y sigue consumiéndola aun siendo conocedor de sus consecuencias adversas.

Las drogas o sustancias psicoactivas se pueden clasificar según diferentes parámetros, como, por ejemplo, según su origen o procedencia, según su estructura, por sus efectos en la conducta, por su peligrosidad para la salud o por su impacto social. Existen diferentes criterios para agrupar las drogas, la clasificación más aceptada:

- Según el **efecto** que producen las sustancias en el sistema nervioso central, clasificación más adecuada según la OMS.
- Según la **legalidad** de producir, poseer, comercializar o consumir las sustancias.
- Según la **peligrosidad** de las sustancias, una clasificación popular.

Una clasificación de las drogas es en base al criterio de la legalidad de las sustancias. La legalidad hace referencia a la legislación de cada país. De esta forma, encontramos dos grandes tipos de drogas:

Las drogas legales: Son aquellas sustancias psicoactivas que están permitidas, es decir, cuyo uso no está penalizado por la ley. La legalidad de las drogas varía según las leyes de cada país, además, puede ser legal el consumo de dicha sustancia, pero no la venta de la misma.

Por otro lado, la legalidad de las drogas no se corresponde con su peligrosidad. Aunque sean legales, el abuso de las drogas es peligroso y perjudicial para la salud. Tanto es así, que, en nuestra sociedad, las drogas que más se consumen y más problemas de salud conllevan son, precisamente, las drogas legales como el tabaco y el alcohol. Las drogas legales son:

- **El alcohol.** Esta es la droga que tiene mayor aceptación social. En Argentina, solo es legal su consumo a partir de los 18 años de edad.

- **La nicotina.** El tabaco es una de las drogas más consumidas. Genera dependencia. En Argentina, solo es legal su consumo a partir de los 18 años de edad.

- **La cafeína.** La cafeína tiene efectos en el sistema nervioso, por tanto, puede considerarse una sustancia psicoactiva. Sin embargo, sus efectos son mucho menores y su consumo en cantidades normales no es peligroso. La cafeína se encuentra principalmente en el café, pero también en refrescos.

- **La teobromina y la teofilina.** Del mismo modo que la cafeína, no son peligrosas en cantidades normales. Se pueden encontrar en el té y en el chocolate.

- **Los fármacos.** Principalmente, los psicofármacos, los cuales alteran el SNC. Entre ellos, se encuentran los benzodiazepinas y las anfetaminas (bajo receta médica). El uso de los fármacos es medicinal y deben utilizarse con control médico.

Las drogas ilegales: Son aquellas sustancias psicoactivas cuyo uso no está permitido por la ley del país. Puede ser que el consumo propio esté permitido en algunas circunstancias, pero la venta está penalizada. Las drogas ilegales son el resto de drogas. Entre las drogas ilegales más consumidas se encuentran:

- **La marihuana.** Se considera la droga ilegal más consumida. Se obtiene de la planta del cáñamo llamada *cannabis sativa*. Su principio activo es el tetrahidrocannabinol.

- **El hachís.** Se obtiene de la resina de la misma planta de marihuana y comparte el mismo principio activo.

- **La cocaína.** Esta droga ilegal se obtiene de las hojas de la planta de coca llamada *erythroxylum coca*. Además de consumirla, también es ilegal tanto cultivarla y venderla.

- **El MDMA.** Es conocido como éxtasis y es ilegal debido a los peligros y graves consecuencias para la salud que conlleva su uso.

- **Las anfetaminas o speed.** Se consideran ilegales cuando se usan sin control médico para fines recreativos.

- **La heroína.** Es ilegal fabricarla, venderla y estar en posesión de esta sustancia. Se ilegalizó tras observar sus graves consecuencias.

- **La fenciclidina o PCP.** Aunque se había utilizado con fines analgésicos, hoy en día, es una droga ilegal.

- **El LSD** o dietilamida de ácido lisérgico. Tenía uso psiquiátrico, pero se ilegalizó debido a sus efectos alucinógenos.

- **La ketamina.** Se usaba con fines anestésicos, pero también se ilegalizó por sus efectos alucinógenos.

- **El popper** o nitrito de amilo. Es un vasodilatador que se ilegalizó tras consumirse con fines recreativos.

- **Las setas alucinógenas.** Contienen psilocibina y psilocina y son ilegales porque producen alucinaciones.

Agrupar las sustancias según su efecto en el sistema nervioso central se considera la forma más correcta de clasificar las drogas. Esta clasificación es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud y separa las sustancias psicoactivas en *depresoras*, *estimulantes* y *perturbadoras*. A continuación, se explican los tres tipos de drogas:

Las drogas depresoras: Son las sustancias que disminuyen la actividad del del SNC. Lo hacen reprimiendo las estructuras presinápticas, consiguiendo que la cantidad de neurotransmisor sea menor, disminuyendo también la función de los receptores postsinápticos. Los principales grupos de sustancias depresoras del SNC son: Los sedantes/ hipnóticos; los opiáceos y los neurolépticos.

Las drogas estimulantes: Son sustancias que estimulan la actividad del SNC. Lo hacen bloqueando la inhibición o excitando las neuronas directamente. La estimulación se explica por el aumento de la despolarización neuronal, el incremento de la cantidad de neurotransmisores (NT) disponibles, el alargamiento de la acción de los NT, la debilidad de la membrana neuronal y la disminución

del tiempo de recuperación sináptica. De esta manera, pueden provocar síntomas como taquicardia, dilatación pupilar, sudoración, aumento de la tensión arterial, etcétera. También se pueden llamar simpaticomiméticos. Las drogas estimulantes son las siguientes: Las anfetaminas; la cocaína; la cafeína; la teobromina y la teofilina y la nicotina.

Las drogas perturbadoras: Son aquellas sustancias capaces de modificar la actividad psíquica y producir alteraciones en la percepción como alucinaciones, así como alterar el estado de ánimo y los procesos de pensamiento.

Existe una forma popular y coloquial de clasificar en dos tipos las drogas: duras o blandas. Esta clasificación se hace según su percepción de peligrosidad e impacto social y sanitario. No obstante, esta clasificación no se considera adecuada ya que induce al error al subestimar el riesgo del alcohol, el tabaco y el cannabis.

Las drogas blandas: Son las que están más aceptadas socialmente, ya que son percibidas como menos perjudiciales. Algo totalmente equívoco, como ya hemos comentado antes, el tabaco y el alcohol son las drogas que más cosas sanitarias y humanas conllevan. Aunque algunas de las drogas blandas no produzcan dependencia física, sí que producen adicción psicológica. Se considera que las drogas blandas son: El tabaco; el alcohol; la marihuana; el hachís; los esteroides anabolizantes; la cafeína; el popper; entre otras.

Las drogas duras: Las drogas consideradas duras se perciben con mayor impacto social y sanitario, dado que su consumo es más peligroso a corto plazo. A este tipo de drogas corresponden: Los psicofármacos; la heroína; la morfina; la cocaína; las anfetaminas; el MDMA o éxtasis; el LSD; las setas alucinógenas; la ketamina; los barbitúricos y la metadona. (18)

A continuación, se describirán las drogas más comúnmente usadas por los adolescentes y su prevalencia al consumo.

El *tabaco* es una droga legal, que actúa como estimulante sobre el organismo. Su apariencia es la de una hoja de color marrón que puede ser usado en forma de cigarrillo o en una pipa. Su forma de consumo es fumada o inhalada. El cigarrillo está compuesto por nicotina (16 %) y por alquitrán (84 %). Su consumo está restringido a los menores de 18 años, aunque su consumo está muy presente. Se han detectado problemas en niños y adolescentes fumadores (como trastornos de conductas [agresivas

y tímidas]), y se interpreta, además, este, como riesgo para el consumo ulterior de otras sustancias o drogas como la marihuana, la cocaína, la pasta base, los estimulantes, los sedantes.

Los efectos del tabaco en el organismo los produce la nicotina que contiene el cigarrillo. Normalmente cuando se fuma, de la nicotina que tiene un cigarrillo se absorbe el 30 % y el 70 % se queda en el ambiente.

Los efectos del tabaco a corto plazo pueden ser: gripe, cansancio, sudoración, mal aliento, etc., y a largo plazo normalmente son cáncer (de pulmón, de laringe, de boca). (19)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco mata a más de la mitad de sus usuarios y más de siete millones de personas anualmente.

En los últimos años ha habido un aumento en el uso de nuevos productos de nicotina a nivel mundial, tales como cigarrillos electrónicos. Las Tendencias de consumo de tabaco entre adolescentes muestran una considerable disminución en el consumo de tabaco.

En todos los casos, los gráficos refuerzan el hecho de que en los últimos 10 años hubo una disminución notable en la prevalencia del consumo de tabaco entre estos. Una comparación muestra que, en cada nivel o grado, la prevalencia del uso de cigarrillos electrónicos es superior a la de cigarrillos fumados de manera tradicional. Entre 2015 y 2016 el uso de cigarrillos tradicionales disminuyó entre los estudiantes de 8 a 10 años, pero aumentó levemente entre los estudiantes de 12 años.

Por su parte, el uso de cigarrillos electrónicos disminuyó en todos los grados entre 2015 y 2016. Desde 2015 el Estudio de Observación del Futuro (MTF, por su sigla en inglés) recopila datos sobre cigarrillos electrónicos y estos resultados ofrecen ciertas indicaciones de que aparentemente los estudiantes están reduciendo el consumo de cigarrillos de tabaco tradicionales y aumentando el consumo de los cigarrillos electrónicos. (20)

El *alcohol* es una droga legal, que actúa como depresor en el organismo. Es un líquido, que va acompañado de elementos químicos que le dan color, sabor, olor. El alcohol es una droga cuyo consumo está prohibido a los menores de 18 años.

Su consumo se realiza por vía oral. Los efectos que produce el alcohol en el momento de su consumo son: desinhibición, relajación y alegría (en pequeñas cantidades); adormecimiento general y entorpecimiento (en grandes cantidades).

Los efectos comienzan a aparecer en torno a media hora después de su consumo. Los efectos a corto plazo pueden ser: borrachera, lenguaje balbuceante, pérdida de equilibrio, confusión y a largo plazo pueden ser: cirrosis, hepatitis, anemia, cáncer, hipertensión. El consumo irresponsable de alcohol se considera entre los tres grandes enemigos de la salud, junto a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. (19)

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más comúnmente usadas en el mundo. Su uso es especialmente preocupante en las Américas, donde se estima que el consumo total per cápita es superior al promedio mundial.

En los últimos cinco años se ha incrementado la tasa de episodios de consumo excesivo, tanto en hombres como en mujeres. La última información disponible a nivel internacional indica que el alcohol estuvo relacionado con más de 300.000 muertes en las Américas; en 80.000 de ellas el consumo de alcohol fue determinante.

Por otra parte, el consumo nocivo de alcohol es la causa principal de más de 200 tipos de enfermedades y lesiones, y es responsable por la muerte de millones de personas al año en todo el mundo. El consumo de alcohol ocasiona grandes riesgos para la salud, especialmente en los países de las Américas con ingresos bajos y medios, y su consumo está asociado tanto con la incidencia de enfermedades, como con diversos problemas sociales y guarda una estrecha relación con la violencia doméstica, el abandono y el abuso infantil, la delincuencia y las conductas delictiva, afectando no solamente la calidad de vida de quien consume, sino del entorno familiar y social.

Los adolescentes son un grupo especialmente vulnerable, debido a que están en su etapa de desarrollo. Hay estudios que indican que el primer consumo de alcohol antes de los 15 años de edad, tiene relación con un mayor riesgo de problemas de alcoholismo en la edad adulta.

Por lo tanto, cualquier consumo de alcohol en este grupo poblacional se considera de alto riesgo y guarda una estrecha relación con otros comportamientos que entrañan conductas riesgosas, tales como la conducción en estado de ebriedad, el consumo de tabaco, autolesiones y episodios de violencia. Entre los jóvenes de 15 a 19 años, el consumo de alcohol es el factor de riesgo más importante con respecto a la enfermedad, ya que su uso en edades tempranas puede afectar el desarrollo neurológico, debido a la neurotoxicidad del alcohol, lo cual es agravado cuando la ingesta ocurre en grandes cantidades o hasta la embriaguez.

Otros efectos que están asociados al consumo temprano de bebidas alcohólicas son la reducción del rendimiento escolar, los conflictos interpersonales y comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales.

La adolescencia se considera un período de riesgo crítico para el inicio del consumo de alcohol. Los estudios indican que aquellos que empiezan a consumir alcohol o cualquier otra sustancia psicoactiva en las primeras etapas de la adolescencia (de 12 a 14 años de edad) tienen más probabilidades de desarrollar abuso o dependencia a largo plazo, que aquellos que empiezan a consumir alcohol en la edad adulta.

De hecho, las investigaciones indican que cuanto más temprano se inicia el consumo de alcohol, mayor es el riesgo de que, con el paso del tiempo, tenga diversos efectos nocivos para la salud.

El consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanza secundaria aumenta rápidamente a medida que aumenta la edad. En la mayoría de los países el consumo de alcohol se incrementa notoriamente a partir de los 10 años, para continuar incrementándose hacia los 12 años. (20)

El *cannabis* es una droga ilegal, que actúa como alucinógeno en el organismo. La apariencia de la marihuana es la del perejil seco, mientras que el hachís suele estar en forma de ‘bolas’. Se consume normalmente fumado en forma de cigarrillo, aunque también se puede comer.

Es una droga muy extendida entre los jóvenes, que tienen la creencia de que no es una droga tan peligrosa como realmente lo es. Los efectos del cannabis en el momento de ser consumido pueden ser muy diferentes en cada individuo, debido a que contiene una sustancia (THC) que produce diferencias individuales.

Estos efectos pueden ser: relajación, diversión, euforia, pero también puede producir: miedo, confusión, cambios en la forma de pensar y comportarse. Los efectos a corto plazo del consumo de cannabis pueden ser: ansiedad, ataques de pánico, aumento del ritmo del corazón, y a largo plazo pueden ser: facilidad para contraer enfermedades, impotencia sexual, mal comportamiento, esquizofrenia. (19)

Los patrones del consumo de cannabis han estado evolucionando rápidamente en todo el hemisferio occidental.

Según el Informe sobre Uso de Drogas en las Américas 2015, la marihuana aumentó entre los adolescentes estudiantes de enseñanza secundaria en varios países de América Latina y el Caribe.

Junto a tales aumentos, también se observa el consumo de marihuana a edades cada vez más tempranas, mientras que la percepción general del riesgo asociada al consumo está disminuyendo. Se están empezando a observar otros cambios en la forma en que se usa el cannabis.

En Argentina, la prevalencia del consumo de marihuana en adolescentes ha venido aumentando a lo largo de los años. (20)

La *cocaína* es una droga ilegal, que actúa como estimulante sobre el organismo. La cocaína es un polvo blanco, que se consume inhalado, fumado o inyectado, y es altamente adictivo. Los efectos que produce la cocaína en el momento que se inhala son: sequedad de la nariz y la boca. Produce placer y euforia, que dura 30 minutos.

Luego los efectos son: ansiedad, confusión. Los efectos de la cocaína a corto plazo pueden ser: hiperactividad, insomnio, náuseas, alucinaciones visuales; los efectos a largo plazo son: paranoias, daños irreparables en la nariz, e incluso la muerte por problemas cerebrovasculares.

La cocaína es una droga poderosa que estimula el cerebro; las personas que la consumen pueden desarrollar una fuerte adicción, es posible que tengan que consumir cada vez más droga para estimularse, originando el desarrollo de graves problemas mentales y físicos. Incluso con una sola toma es posible llegar a la sobredosis y fallecer.

Se conoce que el abuso de cocaína entre los adolescentes conlleva consecuencias más rápidas y graves que en los adultos. El tiempo que transcurre entre el primer consumo y la adicción es de 4 años en adultos y de 1,5 años en adolescentes. (19)

El modo de consumo de las diferentes sustancias de la cocaína y los adulterantes presentes puede tener un impacto significativo en la salud de los usuarios, al igual que los adulterantes y agentes de corte que pueden estar presentes en cada droga.

La duración e intensidad de la intoxicación está relacionada con la forma en que se toma la sustancia. Cuando se inyecta o se fuma cocaína, la intoxicación es más intensa, pero también es más corta.

En cambio, cuando se esnifa, la intoxicación por cocaína hace efecto más lentamente, pero dura más. La toxicidad de la cocaína, crack y PBC (Pasta Base) se debe no solamente a la presencia del alcaloide cocaína, sino también a la presencia de otros alcaloides, contaminantes y adulterantes, así

como a los daños provocados por el modo de consumo y por la combustión de diferentes productos derivados de la quema de plásticos y metales de las pipas artesanales.

Los resultados indican una gran variabilidad en el consumo de cocaína entre los adolescentes, ya sea el ocurrido alguna vez en la vida, en el último año y el último mes. Si bien el consumo de drogas por parte de adolescentes es una manifestación temprana de este fenómeno en un grupo particularmente vulnerable, el consumo de cocaína a una edad mucho más temprana se puede observar en los estudiantes de 10 años.

A pesar de que este uso puede ser experimental, continúa siendo una señal de alto riesgo. (20)

El *crack* es una droga ilegal, que actúa como estimulante del organismo. El crack es un derivado de la cocaína, pero tiene forma de cristal. Se consume del mismo modo que la cocaína. Los efectos del crack en el momento de su consumo son: euforia en un principio, y miedo, ansiedad y depresión después.

La euforia dura 10 minutos, por lo que se necesita seguir consumiendo para mantener los efectos, lo que provoca un riesgo grave de adicción. Los efectos a corto plazo pueden ser: inestabilidad, dolores de cabeza, palpitaciones y a largo plazo pueden ser: hipertensión, temblores, paranoia, percepción visual miniaturizada. (19)

Las *drogas de diseño* son drogas ilegales, que actúan en el organismo como estimulantes. En su apariencia las drogas de diseño son diferentes unas de otras, aunque normalmente son pastillas, cápsulas o polvos de colores.

Las drogas de diseño son derivados químicos de otras drogas, y normalmente sus efectos son los mismos que las drogas de las que se derivan. Las drogas de diseño se suelen consumir, y cada vez más, en las discotecas y grandes fiestas de jóvenes, donde se reparten sin que los consumidores sepan lo que están tomando realmente.

Los efectos de estas drogas en el momento de consumo son: primero desorientación, luego euforia y por último pérdida total de la vergüenza. Empiezan a aparecer a los 30 minutos y duran entre 4 y 8 horas. Los efectos a corto plazo son: cansancio, depresión, insomnio, y a largo plazo son: daños graves en órganos como el hígado, el riñón o el cerebro, incluso la muerte. Algunas de las drogas de diseño más conocidas son: éxtasis, MDA, GHB. (19)

Las *anfetaminas* son una droga ilegal, que actúa como estimulante en el organismo. Las anfetaminas normalmente son pastillas o ampollas inyectables, que se consumen por vía oral o inyectada.

Es una droga altamente peligrosa. Los efectos de las anfetaminas en el momento de su consumo son: excitación, viveza mental, confianza.

Estos efectos comienzan a aparecer inmediatamente si es inyectada, o a los 30 minutos si es tomada por vía oral; y duran hasta 10 horas. Los efectos de las anfetaminas a corto plazo son: tensión, ansiedad, cansancio, y a largo plazo son: delirios, alucinaciones, infartos, esquizofrenia, incluso la muerte. (19)

Pocos países en la región han informado sobre el consumo de anfetamina. Aquellos que reportaron tienen datos principalmente sobre el consumo alguna vez en la vida entre los estudiantes de enseñanza secundaria. (20)

El *éxtasis* se suele elaborar en laboratorios clandestinos. Normalmente se vende en pastillas que tienen dibujados diversos logotipos o diseños. En ocasiones las pastillas de éxtasis pueden contener otras drogas y sustancias.

Efectos: el éxtasis puede hacer que te sientas más alerta y sintonizado con el ambiente. Te sientes feliz y tranquilo, con una sensación de cariño hacia otras personas. Los sonidos, colores y emociones son más intensos. Tienes más energía, lo que te permite bailar durante períodos más largos de tiempo. Efectos secundarios: la temperatura corporal, tensión arterial y ritmo cardíaco aumentan. Otros efectos físicos incluyen dolores musculares, náuseas, agarrotamiento de la mandíbula y rechinar de dientes. Puedes experimentar sudor profuso, temblores y palpitaciones.

Puedes sentirte deshidratado, confuso y cansado. Riesgos: la mayoría de las drogas legales se prueban primero en animales, pero los consumidores de éxtasis son los conejillos de indias. Las investigaciones muestran que los consumidores habituales de fin de semana experimentan una ‘crisis’ a mitad de semana, que los deja muy cansados y deprimidos, a menudo durante días.

Pasarán años antes de que conozcamos los efectos a largo plazo, pero algunos consumidores pueden correr el riesgo de desarrollar problemas de salud mental posteriormente en su vida. Las muertes por éxtasis son bastante raras, pero pueden ser debidas a insolaciones, infartos o crisis de asma. (19)

Pocos países de América Latina cuentan con información detallada sobre la prevalencia del consumo de éxtasis, pero aún menos con una periodicidad tal que permita determinar la tendencia del consumo de esta sustancia psicoactiva.

La información de Argentina indica que el uso de éxtasis se mantuvo estable a través de los años.

La percepción de facilidad de acceso es un indicador de tipo subjetivo que da cuenta de cuan fácil o difícil se hace para alguien obtener una determinada droga, ya sea para comprarla o conseguirla a través de amigos o conocidos.

Una droga percibida como de fácil acceso, generalmente es más barata y está mayormente disponible en el mercado. Comparativamente con otras sustancias, el éxtasis no suele ser una droga de fácil acceso entre los estudiantes de enseñanza secundaria, principalmente en aquellos de América Latina y el Caribe. (20)

La *heroína* es una droga ilegal, que actúa como depresor en el organismo. La heroína es un polvo blanco o marrón, inodoro y muy fino. Se puede consumir inyectada (disuelta en agua), inhalada o fumada. Es una droga muy adictiva.

Los efectos que produce la heroína en el momento de su consumo son: pérdida de la sensación de dolor y pérdida de percepción. Las primeras veces que se consume produce efectos fuertes y desagradables.

Los efectos a corto plazo derivados del síndrome de abstinencia pueden ser: lagrimeos, sudoración (entre 8 y 15 horas después de la última dosis); temblores, piel de gallina (después de 24 horas); náuseas, taquicardia, hipertensión, deshidratación, y se puede llegar a la muerte. Los efectos a largo plazo pueden ser: deterioro mental grave, anorexia, sida. (19)

Cuando hablamos de Prevalencia de consumo de una sustancia psicoactiva se refiere a la cantidad de personas que consumieron la sustancia, medida sobre el total de personas estudiadas según la referencia temporal asignada: la prevalencia de vida es la proporción de personas que consumieron alguna vez en la vida; la prevalencia de año, la cantidad de personas que consumieron la sustancia durante los últimos 12 meses (consumo reciente); y la prevalencia de mes, durante los últimos 30 días (consumo actual). (21)

Según el Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas, publicado en el 2019, el uso de drogas ha sido visto históricamente como un tema dominado por los hombres; pero los datos recientes muestran que, en algunos países, las mujeres están usando ciertas drogas a igual nivel o en mayor proporción que los hombres.

En el caso de los estudiantes de enseñanza secundaria, la prevalencia de consumo de drogas tiene mayor similitud en ambos sexos para el uso de alcohol e inhalables. Similar a la población general, hay mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre las mujeres escolares que entre los hombres en casi todos los países.

En contraste, la cocaína y las cocaínas fumables tienden a ser más usadas por los hombres que por las mujeres. En unos pocos países, sin embargo, las mujeres consumen cocaína en mayor proporción que los hombres. Si bien los hombres siguen consumiendo tabaco y cannabis a tasas más altas que las mujeres, vemos que esta brecha de género se está cerrando en muchos países. (20)

El monitoreo de las tendencias en el uso de drogas es una de las formas más importantes de evaluar los impactos de las políticas sobre las mismas. A nivel nacional, las tendencias de las drogas pueden aumentar y disminuir en poblaciones específicas, áreas geográficas u otras variables.

La falta de un patrón consistente hace que sea difícil identificar cualquier tendencia común en el uso de drogas en todo el hemisferio. El tabaco parece ser la única sustancia que muestra disminuciones sistemáticas en el uso a lo largo del tiempo.

En la población general, el consumo de cannabis está aumentando en la mayoría de los países que tienen datos de tendencias y, aproximadamente, la mitad de los países muestran aumentos en el consumo de cocaína.

En la población de estudiantes de enseñanza secundaria, la mayoría de los países con datos de tendencias disponibles muestran aumentos en el consumo de cannabis, aunque las tendencias de la cocaína son más variadas en este grupo de edad. (20)

Se define al Síndrome de dependencia como “el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco.” Argentina, en el año 2017 se consideró como una estimación aproximada a la población con Síndrome de Dependencia a las Drogas. (22)

Por otro lado, cuando las personas más jóvenes comienzan a consumir drogas, mayores son los riesgos para la salud y otras consecuencias. El análisis del consumo de drogas de inicio temprano se basa en las encuestas nacionales a estudiantes de enseñanza secundaria.

Este informe analiza el uso temprano de una variedad de sustancias lícitas e ilícitas, que incluyen alcohol, tabaco, cannabis, clorhidrato de cocaína (referido como cocaína) y cocaínas fumables (crack y pasta base de cocaína referida como PBC). Todas estas sustancias muestran algunos niveles de uso entre los estudiantes de 12 a 13 años.

El uso de cualquier sustancia psicoactiva, incluidos el alcohol y el tabaco, entre los estudiantes de enseñanza secundaria, debe ser motivo de preocupación para cualquier país y subraya la necesidad de intervenciones preventivas a partir de la primera infancia. (20)

En general, los estudios sobre los distintos usos de drogas coinciden en considerar una interacción constante entre tres elementos que forman parte del fenómeno y que son necesarios a la hora de realizar cualquier análisis: sustancias, individuos y contexto.

Teniendo en cuenta estos tres elementos, se define el uso de drogas como la utilización de sustancias con el propósito de aliviar una dolencia (por ejemplo, usar medicamentos debidamente recetados por un facultativo) o de experimentar sensaciones placenteras (por ejemplo, fumar o tomar alcohol de forma moderada en las comidas o fuera de ellas).

Como puede observarse, el uso de drogas es medido y planificado y está en relación con normas consensuadas por la mayoría de las personas que integran una cultura determinada, que consumen en contextos específicos (por ejemplo, acompañando la ingesta de comidas en el caso del alcohol, siguiendo prescripciones médicas en el caso de los medicamentos, etc.).

Puede existir, un uso esporádico de drogas no aceptadas socialmente como la marihuana. El abuso de drogas, en cambio, se refiere a su consumo con cierta periodización y en dosis importantes; por lo general este tipo de consumo es aceptado por grupos minoritarios en una sociedad. Entran en

esta categoría, por ejemplo, los bebedores excesivos de alcohol que consumen en reuniones o durante los fines de semana.

Las adicciones se dan cuando las personas sienten que no pueden prescindir de una sustancia o de una actividad, que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo. Se habla de adicciones a actividades y no sólo a sustancias porque el mismo patrón de conducta que se establece en relación con las drogas puede establecerse en relación con actividades como por ejemplo mirar televisión, interactuar con la computadora o jugar compulsivamente.

Se habla entonces de dependencia física y/o psicológica en el caso del consumo de sustancias y psicológica en el caso de actividades y de síndrome de abstinencia cuando se prescinde del consumo.

En el caso de la dependencia de drogas, ésta está en estrecha relación con un determinado estilo de vida y no sólo con un tipo y efecto farmacológico de una sustancia sobre el individuo.

Lo farmacológico tiene un papel importante, pero no se lo puede considerar como el factor causal único de la dependencia.

Romaní (1999) sostiene que la adicción o toxicomanía es un estado complejo que desarrollan ciertas personas usuarias de drogas en el que influyen las propiedades farmacológicas de las sustancias usadas, los aspectos genéticos, el entorno social, los rasgos psicológicos y las experiencias personales.
(23)

Desde un posicionamiento Teórico de Enfermería, el Modelo que más se adapta a lo largo de todo el trabajo ha sido el de Hildegard E. Peplau, la cual considera que la piedra angular del éxito de la enfermería está en el establecimiento y el mantenimiento de la relación enfermera/o paciente.

Este Modelo se centra en la Teoría de las Relaciones Interpersonales y destaca la importancia de la Enfermera/o en el proceso interpersonal definido como Terapéutico; permitiendo así a la Enfermera/o alejarse de la orientación hacia la enfermedad y centrarse en el significado Psicológico.

A menudo, Enfermería se enfrenta al problema de cómo proporcionar unos cuidados de calidad del modo más efectivo y con mayor eficiencia. Como parte de este cuidado de la salud, las enfermeras de hoy intentan encontrar los marcos conceptuales más adecuados mediante los cuales llevar a cabo la práctica y, por tanto, ser capaces de ayudar al paciente a obtener una recuperación total o una independencia asistida, o bien a lograr una muerte pacífica.

Como enfermeras/os en salud se considera que el modelo de H. Peplau es el que mejor ayuda a desempeñar el rol profesional en toda su amplitud. Asimismo, se cree que permite comprender diversos aspectos de la relación enfermera-paciente y también ofrece directrices para la intervención.

Este modelo recoge los valores humanistas de Maslow y de forma especial los trabajos sobre la comunicación de O'Sullivan; considerando a la enfermera como elemento esencial para lograr un proceso interprofesional terapéutico.

El modelo considera que el proceso de atención de enfermería está dirigido a alcanzar unas metas, que requiere de una serie de acciones para ayudar al paciente en el estado de buena salud y que la relación enfermera/paciente es el marco esencial en el que las creencias, valores, actitudes y el conocimiento tanto del paciente como de la enfermera pueden emplearse para explorar y comprender la dinámica de una existencia sana.

Sugiere que es posible ayudar a los pacientes a descubrir nuevas estrategias de afrontamiento a fin de promocionar la salud siempre que las enfermeras sean capaces de relacionarse de una manera efectiva y con buenos conocimientos sobre la salud. «Las enfermeras tienen que trabajar con y para el paciente con el fin de conseguir que se produzcan cambios». (24)

La enfermería puede desarrollar actividades para prevenir el uso de drogas, actuando sobre los factores de riesgo y promoviendo la integración en la familia y en los demás segmentos sociales. Puede actuar también en el fomento de la salud, fortaleciendo los factores protectores, con miras a la mejoría de la autoestima y la autoeficacia, y desarrollando estrategias para el mantenimiento de la salud, entre otros.

En relación con el tratamiento de la dependencia de las drogas, el enfermero deberá responsabilizarse del cuidado de enfermería y participar en el diseño y ejecución del plan de tratamiento establecido por el equipo de salud y el paciente.

Reducir el abuso de drogas y la violencia es una de las prioridades de las relaciones internacionales en el siglo XXI, temas que involucran la seguridad personal, de la comunidad, de la nación e internacional.

Ningún país tiene condiciones y medios propios de controlar las drogas y la violencia nacional e internacional. La globalización ha agravado estos problemas en las Américas. Para hacer

investigaciones y trabajos en esta área es necesario preparar profesionales técnica y científicamente para actuar en los diferentes sectores y temas.

Hasta el momento, las disciplinas de sociología, psicología, medicina, antropología y derecho han producido la mayor parte del conocimiento científico y tecnológico sobre drogas y violencia y sus interrelaciones. La contribución científica de enfermería se inició en la década de los ochenta, pero continúa incipiente.

La enfermería debe ejercer liderazgo en reducir la demanda de drogas y producir un conocimiento científico y tecnológico específico que indique su contribución para la resolución de los problemas de las drogas y violencia en América Latina. Los enfermeros investigadores de América Latina deben incorporar las áreas y líneas de investigación sobre reducción de la demanda y violencia en sus actuales áreas de investigación. La visión multidimensional del problema ayudará a buscar los factores determinantes y condicionantes, macro y micro, que contribuyen para la ocurrencia del problema.

El aporte del conocimiento científico de enfermería no puede quedarse apenas en relatos de experiencias o resultados de "encuestas". Es necesario desarrollar nuevos paradigmas, teorías y modelos operacionales que orienten el diseño de políticas, programas y proyectos de investigación y de intervención sobre drogas.

Las actividades de intervención de enfermería en esa área deben tener una base científica para lograr reconocimiento nacional e internacional y facilitar las evaluaciones de beneficios-costos y eficiencia.

Para que la enfermería dé su contribución a la reducción de la demanda y la violencia, se precisan esfuerzos nacionales e internacionales para diseñar un plan estratégico regional relacionado a las áreas de educación, investigación y práctica de enfermería en América Latina.

El plan estratégico debe incluir elementos para crear las redes nacionales e internacionales, resaltar el trabajo del equipo interdisciplinario y desarrollar estudios transnacionales y multicéntricos en relación a la temática droga y violencia, así como otros temas prioritarios de la profesión de enfermería. (25)

El conocimiento que tiene enfermería de los factores de riesgo y comprensión del consumo de drogas, es aún limitado e incipiente, por eso la investigación debe ser continua y precisa, para crear

líneas de investigación, y modelos operacionales que orienten a diseño de programas indagación y de intervención en estos factores de riesgo.

La indagación sobre estos factores de riesgo, es un punto de partida para generar conocimiento y futuras investigaciones para la práctica en el área de intervención de enfermería, a través de los resultados finales del estudio. Intervención que enmarquen acciones estratégicas que contribuyan a disminuir el uso de drogas en la población adolescente escolarizada.

Fundamentado en el conocimiento de los factores de riesgos, las necesidades de indagación y que en la población e interés no existen datos que den cuenta del comportamiento de factores familiares, individuales y ambientales, ante el fenómeno del consumo de drogas en adolescentes escolares. (26)

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de Estudio.

En el tipo de estudio elegido se trata de un diseño metodológico de abordaje cuantitativo, no experimental transversal, de tipo descriptivo, prospectivo; ya que en este caso se describen e indagan la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables, sin manipularlas deliberadamente, en una población, en un momento dado. Se observa al fenómeno tal como se da en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

Finalmente es Prospectivo porque se registra la información según van ocurriendo los fenómenos. Su característica es la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa y luego seguir a través del tiempo a una determinada población hasta determinar o no la aparición del efecto. (27)

La realización de esta investigación será durante los meses de marzo y abril de 2021, en adolescentes de 12 a 18 años de edad, que asisten a un establecimiento educativo.

Sitio y contexto

Para la realización de esta actividad se debió presentar una nota formal (Ver Anexo IIIB) para la aceptación del Investigador, junto con una Guía de convalidación de Sitio (Ver Anexo IA) para analizar si la Institución Educativa seleccionada sea la adecuada para llevar a cabo la Investigación.

La elección de esta Institución Educativa fue porque para el criterio de la Investigación contiene las variables que resultan de interés de estudio, y la unidad de análisis necesaria para llevarlo a cabo.

Antes de elegir el sitio, debemos realizar algunas actividades previas, un Estudio de Convalidación de Sitio, para ver si reúne los requisitos necesarios para llevarlo a cabo:

✓ **Obtener autorización para realizar la Investigación:** Aquí lo primero que se realizó es una nota formal para pedir autorización en la Institución seleccionada, tanto para la prueba piloto, como para llevar a cabo la Investigación. Se coordinó con la Dirección de la Institución una reunión para explicar en detalle el propósito de la Investigación y si están de acuerdo para llevarse a cabo. Aquí, en la Institución seleccionada, también se presenta el Consentimiento Informado de la autora de la Investigación hacia la Institución (Ver Anexo IIB); explicando y haciendo referencia que, al tratarse un tema donde implica el comportamiento de los padres y el contexto familiar de los

adolescentes, solo se pide autorización a la Institución, ya que, si la autorización del Consentimiento Informado es hacia los padres, pueden que no los dejen participar de la investigación o pueden influir en las respuestas de sus hijos, dando una respuesta condicionada y obteniendo una alteración de los resultados. Por último, se coordina con cada docente las aulas asignadas, días y horario para realizar las encuestas con los Cuestionarios Autoadministrados. Siempre haciendo mención que es anónimo y solo se informara el sexo y la edad de la unidad en estudio.

✓ Identificar la población a fin de decidir si se toma muestra o no: la población que se quiere estudiar son adolescentes que concurren a un establecimiento educativo secundario del turno mañana. De estos adolescentes se verificará cuantos aceptan realizar la encuesta; ya que es optativa para cada alumno. El número de la población sería alrededor de 130 unidades en estudio, ya que por cada curso se contará con 25 a 30 alumnos participantes.

✓ Identificar las variables del estudio: Se identifica en la observación que la población es un grupo de adolescentes de diferentes sexos y edades, de los cuales se observan los comportamientos y de allí se podrán identificar los factores que generan el problema que se requiere estudiar.

✓ Reconocer características del lugar: El establecimiento seleccionado es una Institución Educativa mixta, Publica Provincial, de un barrio, en la zona noroeste de Rosario; donde acuden los niveles educativos tanto Primario como Secundario. Estos, se dividen por turnos, Turno Mañana, asisten los de nivel Secundario y Turno Tarde, asisten los de Nivel Primario. Aproximadamente, entre los dos niveles, concurren 480 alumnos en total. Es un lugar amplio, en donde su horario del turno mañana es de 7.30 a 13hs. (en este horario se seleccionó para la Investigación). Rutina: está abierto de lunes a viernes, se tendrá disponibilidad de las aulas para llevar a cabo el llenado del cuestionario, ya que cada aula cuenta con suficientes bancos para que sea más cómodo y relajado el ambiente. (ver Anexo III)

Población y muestra en estudio.

La población en estudio para realizar el proyecto de investigación comprende a adolescentes, entre 12 a 18 años, que asistan a una Escuela Pública Provincial, de nivel Secundario, Turno Mañana, del noroeste de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, entre los periodos de marzo y abril del 2021.

Como el tamaño de la población estudiada será aproximadamente 130 adolescentes, no se tomará muestreo, por lo tanto, se tomará a la población total.

Criterios de Inclusión/Exclusión.

Teniendo en cuenta los criterios de Inclusión y Exclusión, las unidades de análisis estarán conformadas por:

➤ Criterios de Inclusión:

- Cada uno de los adolescentes, entre 12 y 18 años, que asistan a la Institución educativa seleccionada, del turno mañana, nivel secundario, de una Escuela Pública Provincial, del noroeste de la ciudad de Rosario, durante marzo y abril de 2021.

➤ Criterios de Exclusión:

- Cada uno de los adolescentes, entre 12 a 18 años, que asistan a la Institución educativa seleccionada, del turno mañana, nivel secundario, de una Escuela Pública Provincial, del noroeste de Rosario y que vivan o estén en forma temporaria en Hogares Transitorios, durante marzo y abril de 2021.

Validez Externa.

La Validez Externa de un diseño metodológico es la capacidad que tienen las conclusiones de un estudio de ser extrapoladas a población o lugar que no han tomado parte en el mismo. Lo que se puede analizar en esta Investigación, es que los resultados solo pueden ser generalizados si el contexto en donde medimos los datos es similar a las unidades de análisis; es decir, adolescentes, mixtos, de nivel secundario de una Institución Educativa; pero no pueden ser generalizados para todas las Instituciones Educativas, ya que acuden diferentes niveles educativos y las características no son similares a la población en estudio.

Instrumentos y Técnicas para la recolección de datos.

Operacionalización de Variables.

Variable 1: Ámbito familiar (Tipo: Cualitativa; Función: Independiente)

Definición conceptual: Medio específico en donde se genera, cuida y desarrolla la vida. Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. La familia es considerada el eje central en el proceso de desarrollo infantil, ya que es el entorno más próximo e inmediato al niño. Además, actúa

como mediadora ante el resto de entornos sociales y educativos en los que se desenvuelve. Es por ello que, podemos afirmar que la influencia que ejerce la familia es dominante sobre todo a lo largo de la infancia y que puede llegar a durar toda la vida.

Dimensiones: 1. Factores de Protección.

Definición conceptual: Características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. (28)

Indicadores:

- Relación familiar positiva. Cohesión familiar.
- Vínculo afectivo potente. Afecto y apoyo incondicional a los hijos siempre procurando evitar la sobreprotección.
- Estilos adecuados de la comunicación familiar y la resolución de conflictos.
- Pasar tiempo de calidad en familia y mantener hábitos de vida saludables.
- Educación en valores y principios.

2. Factores de Riesgo.

Definición conceptual: Según la OMS, es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (28)

Indicadores:

- Relaciones familiares conflictivas.
- Disciplina inconsistente. Familias en las que las normas y límites son escasos o inexistentes.
- Falta de supervisión de la conducta de los hijos.
- Violencia familiar.

- Debilidad de los vínculos afectivos entre padres e hijos.
- Actitudes y conductas familiares favorables al consumo de sustancias.

Variable 2: Nivel de Consumo de sustancias (Tipo: Cualitativa; Función: Dependiente)

Definición conceptual: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo, e introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Dimensiones: 1. Sustancias lícitas e ilícitas

Definición Conceptual: Las sustancias lícitas e ilícitas son aquellas que están sancionadas o no por la ley.

Indicadores:

- Consumo de alcohol.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de cannabis o sus derivados.
- Consumo de cocaína o sus derivados.
- Consumo de drogas sintéticas.

Dimensiones: 2. Magnitud de Consumo

Definición conceptual: Magnitud: Es toda propiedad de los cuerpos o sistemas que puede ser medida. Consumo: Es la acción y efecto de consumir o gastar, sean productos, bienes o servicios, como por ejemplo la energía, entendiendo por consumir, como el hecho de utilizar estos productos y servicios para satisfacer necesidades primarias y secundarias.

Indicadores:

- Prevalencia del consumo. (Consumidor de alguna de las sustancias analizadas. *Prevalencia de los últimos 30 días o del mes*: proporción de personas que consumieron la sustancia en los últimos 30 días sobre el total de las personas estudiadas. *Prevalencia de los últimos 12 meses o anual*: proporción de personas que consumieron la sustancia en los últimos 12 meses sobre el total de las personas estudiadas. *Prevalencia de vida o global*: proporción de personas que consumieron la sustancia alguna vez en la vida sobre el total de las personas estudiadas).
- Intensidad del consumo. (Para medir la intensidad de consumo, la frecuencia o número de días de consumo de la sustancia y la cantidad de la misma).
- Edad de inicio del consumo.
- Tasa de dependencia del consumo. (Consumo de 3 o más sustancias).
- Tendencia del consumo. (Curiosidad por probar alguna droga. Percepción sobre la decisión del consumo o no frente a la ocasión de probar alguna droga. Percepción de facilidad de acceso: medida subjetiva de la percepción de facilidad o dificultad para conseguir una droga determinada. Consumo en el entorno: medida objetiva sobre la tenencia de amigos o familiares que consumen drogas. Oferta de drogas: medida objetiva de haber recibido alguna oferta directa de drogas).

Para la recolección de los datos se utiliza una **Encuesta** a través de un **Cuestionario autoadministrado** (Ver Anexo II).

El *Cuestionario Autoadministrado* utilizado cuenta de dos partes: la primera parte, es un APGAR familiar. Instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Este instrumento ha sido aplicado en el Municipio Playa por el personal de Enfermería y se han hecho estudios que demuestran su efectividad y aceptación por usuarios y prestadores. (29)

La segunda parte del Instrumento es una adaptación por parte de la autora de esta Investigación, de la “*Encuesta sobre abuso de alcohol y medicamentos en adolescentes en cuatro escuelas del*

conurbano bonaerense” (30), donde el estudio de esa encuesta fue buscar incidencia de consumo de alcohol y medicamentos, frecuencia y cantidad del consumo, edad de inicio en el consumo de alcohol, fuentes de accesibilidad a los medicamentos, lugar de consumo habitual, presencia de síntomas de intoxicación, necesidad de haber recibido atención médica como consecuencia del consumo de alcohol y medicamentos, y estimación del alcohol asociado a la diversión. Todos indicadores adaptables para el presente estudio.

Un *Cuestionario Autoadministrado* es un método de recopilación de datos en el cual el entrevistado responde las preguntas planteadas por un investigador o grupo de investigadores de forma autónoma mediante una guía explícita que indica la forma de responder.

Ventajas:

- Asegura el anonimato a los participantes
- No atenta contra la integridad de ningún sujeto.
- La presión puesta en el grupo a investigar es menor.
- El tiempo para responder el instrumento de estudio es ilimitado.
- Gran economía del tiempo y personal que implica.

Desventajas:

- No permite obtener información totalmente veraz.
- Poco control del investigador en cuanto a quién llena el cuestionario y si lo hace realmente bien.
- Pueden producirse confusiones o malos entendidos, pues no existe la posibilidad de consultar sobre dudas específicas.

El instrumento seleccionado para la recolección de datos será un “Cuestionario Autoadministrado” (Ver Anexo II), con algunas respuestas a opción múltiples y otras a respuestas cerradas, dicotómico, es decir, para cada pregunta se debe marcar con una X la respuesta que se cree acertada por participante; adaptado por el autor para las variables y la población en estudio, de no más de 20 min de duración; y en donde la población total no supera a las 130 unidades de análisis.

Una vez que se tenga la autorización y la firma de los Consentimientos Informados (Ver Anexo IIB) por parte de la institución, lo primero que se realizará será, en cada aula, una breve explicación de lo que se trata la naturaleza de la Investigación a las unidades de análisis, luego se detalla la forma que va a ser aplicado el instrumento.

Allí se entregarán los Asentimientos Informados (ver Anexo IIC) junto con el Instrumento de medición y se colocara una urna cerrada, para generar confianza y anonimato entre los participantes, donde podrán depositar sus respuestas.

Una vez que los participantes firmen los Asentimientos Informados, la Investigadora pasara recolectándolos, luego se les proporcionara el tiempo adecuado para el llenado del Cuestionario Autoadministrado (Ver anexo II), dejando a los participantes en un ambiente tranquilo. Pasado el tiempo adecuado, la Investigadora pasará por las aulas recolectando las urnas cerradas.

Para el control de validez interna, uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta es la inestabilidad del instrumento; para esto se debe realizar una prueba piloto en una población similar a la población en estudio y de allí asegurarnos que los datos obtenidos tengan relación a los datos que se quieran recolectar en la Investigación. (Ver anexo IV)

Cuidados Éticos.

Con relación a los Principios Éticos, en este aspecto tendremos en cuenta el Principio de Beneficencia/ No Maleficencia, que se refiere a la máxima “Sobre todo No Dañar”.

Cuando se realizan investigaciones con seres humanos, en este caso, como la unidad de análisis son los adolescentes, es imprescindible respetar este principio, para que los adolescentes en estudio, no estén expuestos a daños físicos, ni psicológicos.

Al tratarse de “Adolescentes”, es muy importante preservar todo lo inherente a la estructura psíquica. También se debe asegurar la “confidencialidad”, y que bajo ninguna circunstancia los datos obtenidos a través de las encuestas realizadas, serán revelados, ni difundidos.

En caso de obtener una puntuación extrema desfavorable, al ser anónimo el Instrumento, no se podrá identificar el participante en cuestión, lo que se propondrá junto con profesionales colaboradores de la Institución, Psicólogos y Psicopedagogos, es buscar las situaciones problemáticas

de los participantes de esa edad y de allí proponer diferentes estrategias desde el establecimiento educativo para tratar de dar solución a la situación.

Con respecto al Principio de Respeto a la Dignidad Humana, las personas tienen derecho a decidir en forma voluntaria si participan o no del estudio, el momento en que quieran retirarse del estudio y a rehusarse a dar información cuando consideren que invaden a su privacidad. Para que las personas pueden ejercer este derecho, es indispensable la realización de un Consentimiento Informado; en este caso como son menores de edad, se realizará un Asentimiento Informado (Ver Anexo II C). Aquí, el Investigador describirá con detalle la naturaleza del estudio y el derecho a rehusarse a participar.

En la Investigación que se llevará a cabo, se tendrá en cuenta el Principio de Justicia, donde la obligación del Investigador es distribuir por igual los riesgos y beneficios de la participación en el estudio de Investigación.

La selección de los participantes será de manera equitativa. Está prohibido poner en situación de riesgo a un grupo de personas para beneficiar únicamente a otro. Para ello, es necesario hacer los controles de validez interna y externa de la población en estudio. Y sobre todo preservar la intimidad de las personas participantes de la Investigación.

Las consideraciones Éticas mencionadas se aplicarán desde el principio hasta el final del proceso y se tratarán en los capítulos pertinentes. Estos son componentes integrales del proceso de Investigación.

Personal a cargo de la recolección de datos.

El personal a cargo para la recolección de datos será el propio investigador, ya que al no ser una población de estudio amplia (aproximadamente 130 unidades) no es necesario capacitar a otras personas; el investigador lo podrá resolver por sí mismo.

Plan de Análisis.

Finalizada la recolección de datos, se comenzarán a analizar para luego realizar una estadística descriptiva de los resultados; aquí se utilizará un programa estadístico: “*Epidat*”. Este tipo de análisis nos permitirá la descripción de la relación entre las dos variables presentadas para estudio; donde

organizaremos la información obtenida de una forma más precisa. Para este tipo de medición utilizaremos porcentajes.

La información obtenida de la variable compleja Independiente, como es el ámbito familiar, se presentará con un gráfico circular, donde se representarán los factores de riesgo y los factores de protección, a través de la Interpretación del puntaje.

Para las variables dependientes sobre el Nivel de consumo, se tomará cada sustancia analizada con la dimensión Magnitud del consumo y se presentará un gráfico circular por cada una.

Del resultado de porcentajes analizados de esta variable, se aplicará un gráfico de barras, donde en el eje horizontal se aplicarán las sustancias relacionadas su magnitud del consumo y en el eje vertical se aplicarán el funcionamiento familiar.

Cuestionario sobre la variable ámbito familiar: Se aplicará un cuestionario de APGAR familiar (Ver Anexo II), adaptado a la población en estudio, ya que la información que se obtiene es valiosa; al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, en los encuestados lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3. Casi siempre •4: Siempre.

Interpretación del puntaje para test de Apgar:

- Normal: 17-20 puntos.
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos.
- Disfunción severa: menor o igual a 9.

Plan de Trabajo.

1. Actividad: Solicitar permiso para poder llevar a cabo la Investigación; a la Dirección de la Institución Educativa seleccionada; a través de una Nota que se entrega por parte de la Facultad, explicando en detalle de que se trata dicha Investigación. Tiempo: 1 Semana. Recursos: 1 persona, Papel impreso (Nota), cuadernillo, biromes, transporte.
2. Actividad: Aplicación de Guía de Convalidación. Coordinación con la dirección del establecimiento (Días y Horarios) para llevar a cabo la recolección de datos. Tiempo: 1 semana. Recursos: 1 persona, Papel con impresión (Guía impresa), carpeta con la diagramación, transporte.
3. Actividad: Aplicación de Prueba piloto. Firma de los asentimientos Informados y recolección de datos de la prueba piloto. Tiempo: 1 semana. Recursos: 1 Persona, Papeles impresos (Asentimiento Informado, Cuestionario Autoadministrado), biromes; una urna de cartón, transporte.
4. Actividad: Análisis de los resultados de la Prueba Piloto. Tiempo: 1 semana. Recursos: 1 persona, 1 PC.
5. Actividad: Aplicación del Instrumento a las unidades de análisis, Cuestionario Autoadministrado. Tiempo: 4 semanas. Recursos: 1 persona, Papeles impresos (Asentimiento Informado, Cuestionario Autoadministrado), biromes; una urna de cartón para depositar las encuestas, transporte.
6. Actividad: Análisis de los datos obtenidos. Tiempo: 3 Semanas. Recursos: 1 persona, 1 PC.
7. Actividad: Realización del Informe de Investigación. Tiempo: 3 semanas. Recursos: 1 persona, 1 PC
8. Actividad: Revisión y Finalización del Informe de Investigación. Tiempo: 1 Semana. Recursos: 1 persona, 1 PC.

Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	MESES								
	sep-20	oct-20	nov-20	dic-20	ene-21	feb-21	mar-21	abr-21	may-21
Revisión Bibliográfica y Documental	X								
Planteamiento del Problema	X								
Hipótesis y Objetivos	X								
Marco teórico		X							
Material y Métodos		X							
Sitio y Contexto		X							
Resultado del estudio exploratorio		X							
Prueba Piloto		X							
Análisis de los resultados de la prueba piloto			X						
Implementación del Instrumento de Medición							X		
Recolección de Datos							X		
Análisis de los datos								X	
Tabulación de los datos								X	
Conclusión								X	
Presentación Final									X

BIBLIOGRAFIA.

Referencias bibliográficas.

1. Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas, © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Impreso en Argentina, Primera edición, mayo de 2017.
2. Estrategia de Intervención Primaria del Programa Familias Fuertes “Amor y Límites” en la prevención de conductas de riesgo en Estudiantes. Br. Rosado Alvino, Katia, Verónica. Trujillo, Perú, 2016.
3. Tena-Suck A, Castro-Martínez G, Marín-Navarrete R, Gómez-Romero P y col. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. México, 2018.
4. Factores Familiares de Riesgo de consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de una Institución de educación Media Técnica de Colombia. Norma C. Aguirre-Guiza, Olga B. Aldana-Pinzón y Claudia P. Bonilla-Ibáñez. Colombia, Julio 2016.
5. Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes. Karen Lorena González Trujillo y Constanza Londoño Pérez. Colombia, Julio-Diciembre 2017.
6. Estructura Familiar y Consumo de alcohol en Adolescentes. Jorge Uroz Olivares, Belén Charro Baena, María Prieto Úrsua y Carmen Meneses Falcón. Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad Pontificia Comillas. España, Enero 2018
7. Problemática de las Drogas, Orientaciones Generales, Prevención del uso indebido de Drogas. Bolivia, 2015.
8. Informe Mundial Sobre las Drogas, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), 2018.
9. La importancia de la familia frente al consumo de drogas. RedCenit (Centro de desarrollo cognitivo). Septiembre 2018.
10. Drogas y Adolescentes. CuidatePlus, Unidad Editorial Revistas, 2020.
11. Estrategia de Intervención Primaria del Programa Familias Fuertes “Amor y Límites” en la prevención de conductas de riesgo en Estudiantes. Br. Rosado Alvino, Katia, Verónica. Trujillo, Perú, 2016.
12. Informe Mundial Sobre las Drogas, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), 2018.
13. Desarrollo en la adolescencia, Organización Mundial de la Salud. 2020.

14. Etapas de la adolescencia. CuidatePlus, Unidad Editorial Revistas, 2020.
15. Consumo de drogas en Adolescentes de familias vulnerables en la comuna La Granja. Nirvana Liz Chapa Contreras; Camila Paz Escobar López; William Marcelo Riveros Montenegro. Chile, 2019.
16. Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. Karina Díaz Morales, María Consuelo del Pilar Amaya Rey. México, 2012.
17. Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Mtro. Simón Tavera Romero; Mtra. María José Martínez Ruiz. México. 2016.
18. Clasificación de las drogas - OMS y sus efectos. Anna Badia Llobet, Psicóloga y editora. psicologia-online.com. Marzo, 2019.
19. Drogas, un problema de salud mundial. Adiel José Valdés Iglesia, Carlos Alberto Vento Lezcano, Dayan Hernández Martínez, Adrián Ernesto Álvarez Gómez, Gicela Díaz Pita. Revista Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2018.
20. Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA). 2019.
21. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su relación con la comisión de Delitos en Adolescentes Judicializados. Argentina, 2012.
22. Estudio Nacional sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en población de 12 a 65 años. Argentina, 2017.
23. Prevención del consumo problemático de drogas. Módulo 1: La construcción social de la problemática de las drogas. Unicef. Argentina, 2015.
24. Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. Trastornos Adictivos. 2003.
25. La Contribución de la Enfermería frente al fenómeno de las Drogas y la Violencia en América Latina: Un proceso de Construcción. Ciencia y Enfermería. 2002.
26. Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes, Karina Díaz Morales, María Consuelo del Pilar Amaya Rey. México, 2012.
27. Material de estudio aportado por la catedra Tesina. Licenciatura en Enfermería, 2016.
28. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. Terapia Psicológica, Vol. 29. Chile, Julio 2011.

29. Propuesta de un Instrumento para la aplicación del proceso de Atención de Enfermería en Familias Disfuncionales. Ms. Teresa Ortega Veitía, Ms. Dolores de la Cuesta Freijomil y Lic. Caridad Días Retureta. Revista Cubana Enfermer. Cuba, 1999.

30. Encuesta sobre abuso de alcohol y medicamentos en adolescentes de cuatro escuelas del conurbano bonaerense. Dra. Silvia Cabrerizoa, Lic. Silvana Varela y Dra. María Inés Lutz. Buenos Aires. 2014.

ANEXOS

Anexo IA: Guía para el estudio de convalidación de sitio (Adaptada a una Institución Educativa):

Presentada ante un referente de la Institución educativa, como requisito de la actividad académica Tesina.

¿La Institución permite que se realice la investigación?

¿La Institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?

¿Cuál es la cantidad total de adolescentes que transcurren por día? ¿por Grado/Nivel?

¿Y por turnos?

¿Qué cantidad de aulas?

¿Cuál es la relación docente-adolescente?

¿Cuentan con programas, talleres o clases especiales desarrollando diferentes problemáticas en los adolescentes?

Con respecto a los padres:

¿Se relacionan con la Institución? ¿Están presentes si se los convoca?

¿Son participativos con las actividades de sus Hijos?

En el caso de no ser así:

¿Cuentan con algún recurso para hacerles llegar notificaciones de las actividades de sus Hijos? ¿Qué otros recursos se adoptan?

Con respecto a las características de la Institución:

¿De qué dependencia es la institución?

¿Qué niveles cursan en la institución?

¿Cuenta con elementos suficientes para la comodidad de sus alumnos?

¿Existe comunicación entre pares docentes de diferentes niveles?

¿Se realizan reuniones periódicas entre pares docentes y Dirección?

Anexo II: *Instrumento de medición.*

Cuestionario Autoadministrado.

Los datos requeridos para la confección de este instrumento son con fines investigativos para la realización de la actividad académica Tesina de la carrera de grado Licenciatura en enfermería de la Escuela de enfermería, de la Universidad Nacional de Rosario. A cargo de la Alumna Francescangeli, Marisol. Este instrumento será llevado a cabo mediante un cuestionario Autoadministrado.

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la mejor forma de ayudarte. Por esto, trata de contestar las siguientes preguntas con franqueza.

Este no es un examen; no hay respuestas correctas o incorrectas. Todas las respuestas serán confidenciales.

Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica exactamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso. Por favor, marca una “X” sobre tu respuesta.

Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada.

¡Gracias!

Sexo: FEMENINO:

MASCULINO:

Año escolar:

	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1. Se toman decisiones compartidas entre todos los miembros 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 respetuosamente, 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 algún miembro de la familia tiene un problema, los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie quede 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. Compartimos tiempo de calidad en familia.					

1. ¿Consumes algún tipo de sustancias habitualmente?

No consumo__ Alcohol__ Tabaco__ Marihuana__ Drogas sintéticas__

2. ¿Cuándo fue la última vez del consumo?

Última semana__ Últimos 30 días__ Últimos 6 meses__ Últimos 12 meses__

Alguna vez en la vida__ Nunca__

3. ¿Has consumido más de una sustancia a la vez? Sí__ No__

4. ¿A qué edad comenzaste a tomar alcohol? ____ y a Consumir drogas? _____

Primera droga consumida: _____

5. ¿Has comenzado a consumir mayor cantidad de sustancias para obtener algún efecto? Sí__

No__

6. ¿Te vas a veces de alguna fiesta porque no hay bebidas alcohólicas o drogas? Sí__ No__

7. ¿Se te olvidan las cosas que hiciste mientras estabas consumiendo sustancias? Sí__ No__

8. ¿El uso de sustancias te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste o viceversa? Sí__ No__

9. ¿Te han dicho tus familiares o amigos que debes reducir el uso de algún tipo de sustancias?

Sí__ No__

10. ¿Tienes discusiones serias con tus amigos o con miembros de tu familia por el uso que haces del consumo de sustancias? Sí__ No__

11. Cuando consumes sustancias, ¿tiendes a hacer cosas que normalmente no harías, tales como romper reglas, violar leyes? Sí__ No__

12. ¿Sientes que a veces no puedes controlar el deseo de consumir? Sí__ No__

13. ¿Has consumido alguna vez sustancias para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo? Si__ No__

14. ¿Has consumido sustancias estando solo? Si__ No__

15. ¿Qué cantidad alcohol tomás cuando salís los fines de semana?

No tomo alcohol__

1 lata de cerveza (330 ml) o 1 vaso de vino (200 ml) o 1 trago (30-50 ml) de fernet, ron, ginebra, vodka, whisky__

Más de una lata de cerveza, más de 1 vaso de vino (200 ml) o más de 1 trago (30-50 ml) de fernet, ron, ginebra, vodka, whisky__

16. ¿Qué cantidad de alcohol tomás habitualmente (todos los días)?

No tomo alcohol__

Hasta 1 lata de cerveza (330 ml) o 1 vaso de vino (200 ml) o 1 trago (30-50 ml) de fernet, ron, ginebra, vodka, whisky__

Más de una lata de cerveza, más de 1 vaso de vino (200 ml) o más de 1 trago (30-50 ml) de fernet, ron, ginebra, vodka, whisky__

17. ¿Con qué frecuencia tomás bebidas alcohólicas habitualmente?

No tomo alcohol__ Todos los días__ De 2 a 3 veces por semana__

1 vez por semana__ 1 vez cada 15 días__ 1 vez al mes__

18. ¿En dónde consumis habitualmente?

No consumo__ Tu casa o la casa de algún amigo__ Boliche__

Escuela__ Espacio público (plaza, club, calle, etc.)__

19. ¿Podés salir o reunirte con tus amigos y divertirte sin consumir ni tomar alcohol? Sí__ No__

20. En caso de que tomes alguna sustancia, ¿lo saben tus padres? Sí__ No__

21. En caso de que tomes alguna sustancia, ¿qué crees que opinan tus padres al respecto?

Lo aprueban__ Lo desaprueban__ No opinan__ Lo desconocen__

22. ¿Tienes familiares con conductas de consumo? Si__ No__ Especificar_____

23. ¿Para qué consumís alcohol?

No consumo ___ Por curiosidad ___ Para divertirme ___
Porque los demás lo hacen ___ Para compartir algo con mis amigos ___
Para evadirme y olvidar problemas ___ No sé por qué lo hago ___

24. ¿Para qué consumís tabaco?

No consumo ___ Por curiosidad ___ Para divertirme ___
Porque los demás lo hacen ___ Para compartir algo con mis amigos ___
Para evadirme y olvidar problemas ___ No sé por qué lo hago ___

25. ¿Para qué consumís marihuana?

No consumo ___ Por curiosidad ___ Para divertirme ___
Porque los demás lo hacen ___ Para compartir algo con mis amigos ___
Para evadirme y olvidar problemas ___ No sé por qué lo hago ___

26. ¿Para qué consumís cocaína?

No consumo ___ Por curiosidad ___ Para divertirme ___
Porque los demás lo hacen ___ Para compartir algo con mis amigos ___
Para evadirme y olvidar problemas ___ No sé por qué lo hago ___

27. ¿Para qué consumís drogas sintéticas?

No consumo ___ Por curiosidad ___ Para divertirme ___
Porque los demás lo hacen ___ Para compartir algo con mis amigos ___
Para evadirme y olvidar problemas ___ No sé por qué lo hago ___

28. ¿Tienes fácil acceso a conseguir sustancias? Si ___ No ___ Es difícil conseguir ___

Anexo II B: Consentimiento Informado.

FRANDESCANGELI, Marisol

CONSENTIMIENTO PARA LA

REALIZACION DEL INSTRUMENTO DE MEDICION.

Nombre de la Institución Educativa:

Rosario,

Hora:

Se autoriza al adolescente de esta Institución, a la ejecución del “Cuestionario Autoadministrado”, de manera ANONIMA, que se requiere como Instrumento de medición, para la realización de la Investigación Científica de la actividad Académica Tesina, de la Alumna Francescangeli, Marisol, DNI: 33368988, estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario; en donde estamos investigando sobre el ámbito familiar relacionado con el nivel de consumo de Sustancias en adolescentes de la ciudad de Rosario.

Les voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si desean participar o no de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo con la investigación. Puede que haya algunas palabras que no las entienda. Por favor, me para según me informa, para darme tiempo y explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí.

Bajo ninguna circunstancia los resultados obtenidos de cada uno serán revelados, ni difundidos, ni como el nombre del establecimiento en estudio.

El adolescente tiene el derecho de decidir si participa de la investigación, y debe contar con la suficiente y completa información cuando lo requiera.

Le han sido explicados la naturaleza y el objeto de la Investigación.

FIRMA DEL REFERENTE DE LA INSTITUCION

Anexo II C: Asentimiento Informado.

FRANDESCANGELI, Marisol

ASENTIMIENTO PARA LA

REALIZACION DEL INSTRUMENTO DE MEDICION.

Apellido y nombre del adolescente:

Rosario,

Hora:

Autorizo a la participación y a la ejecución del “Cuestionario Autoadministrado”, de manera ANONIMA, que se requiere como Instrumento de medición, para la realización de la Investigación Científica de la actividad Académica Tesina, de la Alumna Francescangeli, Marisol, DNI: 33368988, Estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario; en donde se Investiga sobre el Ámbito Familiar relacionado con el Nivel Consumo de sustancias en adolescentes de la ciudad de Rosario.

Yo, Francescangeli, Marisol; responsable de esta Investigación; les voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tienes por qué participar en esta investigación si no lo deseas. Es tu decisión si decides participar o no de la Investigación, está bien y no cambiara nada. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo con la investigación. Puede que haya algunas palabras que no las entienda; por favor, me para según me informa para darme tiempo y explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme.

Bajo ninguna circunstancia los resultados obtenidos de cada uno serán revelados, ni difundidos, ni como el nombre del establecimiento en estudio.

Tengo el derecho de decidir si participo de la investigación, y debo contar con la suficiente y completa información cuando lo requiera.

Me han sido explicados la naturaleza y el objeto de la Investigación.

FIRMA DEL ADOLESCENTE

Anexo III: Resultado del Estudio Exploratorio.

Como resultado de la Guía de Convalidación de Sitio, realizada a un referente de una Institución Educativa seleccionada por la autora de esta Investigación, pudimos obtener una serie de datos compatibles con la búsqueda del sitio para luego llevar a cabo la investigación.

La elección de esta Institución Educativa fue porque para el criterio de la Investigación contiene las variables que resultan de interés de estudio, y la unidad de análisis necesaria para llevarlo a cabo.

Lo primero que se realizó fue adaptar la Guía de Convalidación de Sitio, proporcionada por la cátedra, a una Institución Educativa, ya que, como se menciona antes, la unidad de análisis son los adolescentes; y para la autora era el sitio más indicado para llevar a cabo un estudio de esta índole.

Luego, mediante una nota formal, emitida por la cátedra Tesina, de la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, al referente de la Institución Educativa, se pidió autorización para llevar a cabo la investigación. Aquí también se presenta el Consentimiento Informado del autor de la Investigación hacia la Institución; explicando y haciendo referencia que, al tratarse un tema delicado, donde implica el comportamiento de los padres y el contexto familiar de los adolescentes, solo se pide autorización a la Institución, ya que, si la autorización es hacia los padres, estos pueden influir en las respuestas de sus hijos, dando una respuesta condicionada y obteniendo una alteración de los resultados.

Comenzando con la descripción de las preguntas de la guía al referente; la pregunta inicial fue si la Institución Educativa seleccionada permitía la realización del estudio dentro del establecimiento y la publicación de los datos obtenidos, lo cual fue de forma favorable, pero con la condición de que los datos sean anónimos a la hora de publicarlos; ya que se tratan de adolescentes y fomentan preservar su integridad.

Las preguntas siguientes fue con respecto a la unidad de análisis, cuantos alumnos de nivel secundario asisten al establecimiento por día y por curso; lo que se estima que concurren 130 alumnos por turno, en este caso el nivel secundario solo cursa en el turno mañana, y que por cada curso asisten entre 25 a 30 alumnos.

El Establecimiento Educativo cuenta con nivel Primario y Secundario, repartidos en el turno mañana y en el turno tarde. Turno mañana de 7.30hs a 13hs y turno tarde de 13.15hs a 17.45hs. se estima que concurren 480 alumnos aproximadamente en total dentro el establecimiento.

Con respecto a los recursos edilicios que cuenta la Institución, cuentan con 15 aulas, con sus pupitres respectivamente para cada alumno, una sala de Dirección, una sala de docentes, una biblioteca, un SUM, una galería cerrada, que habitualmente se usa como gimnasio; una galería abierta muy amplia, portería y baños.

Con respecto a la relación que tiene el alumno adolescente con el docente, varía dependiendo la edad y la personalidad de cada adolescente; cuanto más chico es el alumno hay mayor vínculo con el docente.

Los docentes junto con la Psicóloga y Psicopedagoga de la Institución, realizan esporádicamente talleres o clases especiales desarrollando las problemáticas sociales que pueden llegar a atravesar los alumnos. Planteando estrategias para dar respuesta a diversas situaciones. Muchas veces con gran participación de alumnos adolescentes.

Con respecto a la relación que tienen los padres con la Institución, la mayoría de los padres asisten a las reuniones semestrales que realiza la Institución y en caso de realizarse alguna actividad, participan, pero en menor cantidad. Aquí también se muestra que cuanto mayor edad tiene el alumno, los padres se vuelven menos participativos. El único recurso formal que cuentan, es un Cuaderno de Notificaciones entre la Institución y los padres, allí se notifican de actividades que realizan los alumnos para dar autorización o no a la Institución. Un recurso extremo, pero poco formal es el llamado telefónico.

Con respecto a la Institución Educativa, es una Escuela mixta Pública de dependencia Provincial, de un barrio, en la zona noroeste de Rosario; donde acuden los niveles educativos tanto Primario como Secundario. Estos, se dividen por turnos, Turno Mañana, asisten los de nivel Secundario y Turno Tarde, asisten los de Nivel Primario. Está abierto de lunes a viernes, y cada alumno cuenta con todos los elementos para su comodidad dentro del aula.

Con relación a los profesionales que allí trabajan, se cuenta con muy buena comunicación entre docentes pares de diferentes niveles y profesionales que trabajan dentro del establecimiento, como así

también con el personal Directivo, reuniéndose en forma habitual para darle soluciones a los problemas que se puedan presentar dentro de la Institución.

Anexo III B: Nota de Convalidación de Sitio.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Francesca Angeli, Hensel es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.


El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 22 días de Octubre 2020

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar


Romero Celina
28 577 070


Nores, Rosana

Anexo IV: Resultado de la Prueba Piloto.

Como resultado de la prueba piloto, lo primero que se debió realizar fue una nota formal para pedir autorización a una Institución Educativa para realizar la prueba piloto de la Investigación planteada. Aquí también se presenta la autorización del Consentimiento Informado de la autora de la Investigación hacia la Institución (Ver Anexo IIB); explicando y haciendo referencia que, al tratarse un tema donde implica el comportamiento de los padres y el contexto familiar de los adolescentes, solo se pide autorización a la Institución, ya que, si la autorización del Consentimiento Informado es hacia los padres, pueden que no los dejen participar o estos pueden influir en las respuestas de sus hijos, dando una respuesta condicionada y obteniendo una alteración de los resultados.

Una vez favorable la autorización, se tomó al azar 5 alumnos adolescentes de nivel secundario, mixto, del turno mañana, de un Establecimiento Educativo, Público, de dependencia Provincial. Obtenidas todas las autorizaciones pertinentes, y teniendo en cuenta las posibles amenazas como la inestabilidad de instrumento, condiciones ambientales e instrumentación; en la Institución seleccionada, en una sala amplia y tranquila, se procedió a la aplicación del Instrumento de medición de la prueba piloto.

A los alumnos participantes, una vez que la Investigadora se presentó y detallo la naturaleza del estudio, se les entrego los Asentimientos Informados (Ver Anexo II C) junto con el Instrumento de medición, allí se les brindo unos minutos para que lo lean detalladamente y si están de acuerdo, firmen el Asentimiento para dar autorización a participar de la Investigación. La investigadora, recolecto los Asentimiento Informados firmados y les proporciono el tiempo adecuado para el llenado del Cuestionario; dejando una urna cerrada en la sala para depositar sus respuestas, generando confianza y anonimato. En todo momento, se les aclaro de que es anónimo y solo se informará el sexo de la unidad en estudio.

El instrumento de medición seleccionado para la recolección de datos de la prueba piloto, fue un “Cuestionario Autoadministrado”, con respuestas cerradas y dicotómicas, de fácil aplicación adaptado por la autora de esta Investigación para una población con similares características a las unidades de análisis; y tuvo un tiempo estimado de no más de 20 minutos de duración para responder. Fue de fácil entendimiento para la comprensión de las preguntas por parte de los participantes y no hubo controversias obteniendo resultados claros. Se realizó en una mañana.

Al momento del análisis de los datos, se observa que algunas preguntas recaen en la misma respuesta, dando una escasa información de lo que se busca, con resultados irrelevantes.

Se ajusta el instrumento de medición definitivo (ver anexo II).