

**UNIVERSIDAD DE GRANADA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS
SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA
SOCIAL**

Tesis Doctoral



**Propuesta de Intervención psicosocial en
adolescentes consumidores de “H” en
Guayaquil, Ecuador.**

María Quinde Reyes

Director

Dr. Francisco Jiménez Bautista

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: María del Carmen Quinde Reyes
ISBN: 978-84-1195-568-3
URI: <https://hdl.handle.net/10481/97445>

Agradecimientos

La preocupación por el bienestar del ser humano y por su destino debe ser el principal motivo de toda empresa técnica... a fin de que las creaciones de nuestra inteligencia sean beneficiosas y no una maldición para la humanidad. No olvidéis jamás eso en medio de vuestros gráficos y vuestras ecuaciones. Albert Einstein.

Es probable que aquellos adolescentes participantes de este estudio hoy sean adultos, y sus hijos puedan beneficiarse de la propuesta que se plantea al final de este trabajo; sin ellos no hubiera sido posible llevar a cabo todo este análisis, mi Gracias por haberme permitido servirles desde el Centro de Docencia e Investigación para el desarrollo humano y el buen vivir-CDID.

Mi gratitud a mi gente que me quiere tanto que viven mi desarrollo profesional y científico como suyos, a mis amigas y amigos, a mis compañeras y compañeros, a mis maestros y maestros.

A mi familia mi gratitud por su paciencia y esperarme, a mi hijo Elías, a mi nieto Piero que justo me llegó en tiempo de tesis como un regalo para disfrutar la vida, la familia, la profesión, el servicio, la ciencia. A mis dos ángeles, mi mamá que me enseñó a luchar y no darme por vencida, y a mi papá que siempre siempre creía en que yo sería la mejor.

Mi tutor, Francisco Jiménez, un hombre extraordinario, que siempre tuvo fe más de la que yo lograba tener, Gracias Paco.

Resumen.

El presente trabajo doctoral examina una propuesta de intervención psicosocial dirigido a adolescentes consumidores de la sustancia “H” en la ciudad de Guayaquil-Ecuador. El objeto de estudio corresponde al consumo de drogas, en particular la denominada “Hachis (H)”, sustancia psicotrópica que se presenta como una de las sustancias más consumidas por las poblaciones vulnerables, en este caso, los adolescentes llegando incluso al abuso de esta, provocando consecuencias sociales (económicas, políticas y culturales), además de físicas y psicológicas hacia los adolescentes y sus círculos sociales primarios.

Los factores psicosociales que llevan al consumo son diversos de acuerdo con el contexto social de cada adolescente y los factores de protección a los que se encuentran. Por esta razón es importante y primordial el desarrollo de un modelo de intervención que considera estas características personales, familiares, sociales y contextuales del sujeto que consume, para así poder analizar los diversos factores personales que conllevan al consumo de drogas y de manera específica al consumo de la droga “H”, así mismo, estrategias para afrontar la relación ambivalente de riesgo y protección del sistema familiar.

Los objetivos principales de la investigación parten del análisis de dos estudios conjuntos realizados mediante la recopilación de la información de experiencias previas que permitan caracterizar las causas, factores y consecuencias del consumo de droga en adolescentes y de manera específica de la droga “H”. Para ello, se abordará el problema y logro de los objetivos aplicando una metodología mixta, en la que los datos cuantitativamente obtenidos se transformarán en cualitativos y viceversa, para explicar la realidad estudiada; se utilizarán técnicas cualitativas y cuantitativas en diferentes momentos de la investigación, sin considerar la idoneidad de la metodología y sus instrumentos para recoger información y procesamiento.

Los resultados que se presentan corresponden a dos estudios con adolescentes. El primer estudio caracteriza la situación de consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes que asistían a tratamiento ambulatorio en un centro docente, además analiza las

relaciones entre variables sociodemográficas, factores protectores y de riesgo al consumo. El segundo estudio compara los factores personales y familiares de adolescentes consumidores que reciben tratamiento en un centro de internamiento y adolescentes sanos que asisten a centros de salud, ambas muestras provienen de sectores urbano-populares, con alto riesgo de consumo.

Entre las conclusiones se puede identificar que, de la muestra obtenida, la mayoría corresponde a hombres estudiantes consumidores de la sustancia H; esta población indica que el consumo se debe a estresores sociales como problemas familiares, llegando a tener consecuencias como afectaciones físicas en sus horarios de sueño y de alimentación. De acuerdo con la clasificación de las pruebas psicométricas y cuestionarios aplicados, se concluye que la muestra consumidora cuyos resultados se categorizan como sanos muestran una mayor resiliencia al apoyo social percibido y con menores afectaciones personológicas auto percibidas en contraste con las muestras consumidoras clínicas.

Palabras Clave: Adolescentes, Consumo de drogas, Droga “H”, Factores personológicos, Intervención.

Abstract

The present doctoral thesis examines a proposal for psychosocial intervention aimed at teenagers who consume the substance H in the city of Guayaquil-Ecuador. The main object of study is the drug consumption, particularly of the substance known as "Hachis (H)," a psychotropic substance that ranks among the most consumed by vulnerable populations. In this case, teenagers are especially affected, often leading to abuse of the substance, resulting in social consequences (economic, political and cultural) for the teenagers and their primary social circles.

The psychosocial factors that lead to consumption are diverse according to the social context of each teenager and the protective factors they encounter. For this reason, it is important and primary to develop an intervention model that considers these personal, family, social and contextual characteristics of the consumer to analyze the various personal factors that lead to drug use and specifically to the use of the "H" drug, as well as strategies to address the ambivalent relationship of risk and protection of the family system.

The main objectives of the thesis start from the analysis of two joint studies carried out through the recollection of information from previous experiences that allow to characterize the causes, factors and consequences of drug use in teenagers and specifically of the drug H. For this, the problem and achievement of the objectives will be addressed by applying a mixed methodology, in which the quantitatively obtained data will be transformed into qualitative and vice versa, to explain the studied reality; qualitative and quantitative techniques will be used at different times of the research, without considering the suitability of the methodology and its tools for collecting information and processing.

The results presented correspond to two adolescent studies. The first study characterizes the situation of consumption of psychoactive substances of adolescents attending outpatient treatment in a teaching center, and analyses the relationships between sociodemographic variables, protective factors and risk to consume. The second study compares the personal and family factors of the consuming teenagers that are receiving

treatment in an intern and healthy adolescents attending health centers, both samples coming from urban-popular sectors, with high risk of consumption.

Among the findings can be identified that, from the sample obtained, the majority are male students who consume the substance H; this population indicates that the consumption is due to social stressors such as family problems, leading to consequences such as physical impairments in their hours of sleep and eating. According to the classification of the psychometric tests and questionnaires applied, it is concluded that the consumer sample categorized as healthy demonstrates greater resilience to perceived social support and fewer self-perceived personological affectations compared to the clinical consumer samples.

Keywords: Adolescents, Drugs, Intervention, “H” drug, Personological Factors.

Índice.

Agradecimientos	3
Resumen.	4
Abstract.....	6
INTRODUCCIÓN.....	23
Capítulo I.....	32
OBJETO DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA.....	32
DESDE EL TEMA GENERAL AL TEMA ESPECÍFICO.....	32
OBJETO DE ESTUDIO	32
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	41
PREGUNTAS, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	45
Preguntas	45
Hipótesis	45
Objetivos.....	46
METODOLOGÍA, TÉCNICAS Y FUENTES	47
Metodología.....	47
Ficha Técnica:.....	53
Método de la profesión	55
Técnicas	58
Capítulo II.....	66
MARCO TEORICO	66
Drogas: Evolución histórica	66
Clases de sustancias.....	71
Legislación legal.....	84
Ley Orgánica De La Salud	85
Plan De Repatriación Para Profesionales De La Salud	86

Clasificación de las drogas en la sociedad.....	87
Contrabando de droga a nivel internacional.	87
El impacto ambiental referente a los mercados de drogas en lo internacional.....	88
Preparación de las drogas	91
Los jóvenes en el consumo de drogas en la ciudad de Guayaquil.....	104
La Familia.....	104
Políticas globales implementadas para el consumo de drogas en niños y adolescentes	105
Las diferentes causas de las adicciones en los adolescentes del Ecuador	107
Definición del consumo de drogas y sus diferentes formas de presentación actualmente.	108
La importancia de un enfoque integral y multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento de los adolescentes con consumo de drogas.....	110
Método del Proceso Diagnóstico de adolescentes con consumo de drogas	112
Las diferentes etapas y herramientas utilizadas en el proceso diagnóstico.	112
Intervenciones psicosociales.....	113
Tendencia de intervención psicosocial	115
Explicación de psicología social como disciplina	115
Habilidades sociales	116
Desde la perspectiva psicosocial, el aprendizaje de las habilidades sociales	116
Qué son los centros de intervenciones en las adicciones de drogas	119
Protocolo de las intervenciones en consumo de drogas	124
Capítulo III	125
EL CONTEXTO	125
a) El Idioma	125
b) La religión	125

c) La Forma de Estado.....	126
d) En la División Administrativa	126
Objetivos del plan de desarrollo sostenible.	144
Tablas de Valores de Drogas.....	156
Capítulo IV	174
RESULTADOS.....	174
Presentación de Estudios y Objetivos.....	174
Resultados por objetivos.....	175
Estudio 1: Caracterización de adolescentes en situación de consumo de drogas, atendidos en un centro ambulatorio.	175
Objetivo 1: Caracterizar la situación de consumo de sustancias psicoactivas de adolescentes atendidos en el CDID.	176
1.1: Variables sociodemográficas de los adolescentes consumidores.	176
1.2: Inicio de consumo de las sustancias según el género de los adolescentes.	180
1.3: Tipo de sustancia de consumo del adolescente y su edad de inicio.	181
1.4: Consumo de drogas según la frecuencia, cantidad y lugar.....	183
1.5: Demanda de atención por parte del adolescente y su familia.....	186
Objetivo 2: Describir los factores causales, consecuencias, protectores y de riesgo al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes consumidores.	188
2.1: Factores causales del consumo de h en los adolescentes atendidos en el CDID.	188
2.2: Consecuencias físicas y psicológicas de los adolescentes consumidores por consumo de sustancias.....	190
2.3: Factores protectores en los adolescentes consumidores de sustancias. (apoyo social, la actitud de la familia y tiempo libre y de recreación).	192
2.4: Factores de riesgo al consumo de drogas. (lugar de consumo, lugar de expendio, consumidores cercanos).....	193

2.5: Estado de cambio de los adolescentes consumidores de h que presentan un mayor apoyo social.	196
Objetivo 3. Determinar relaciones entre variables sociodemográficas, factores protectores, de riesgo y efectos del consumo de drogas.	197
3.1: Relación entre variables sociodemográficas y frecuencia de consumo.....	197
3.2: Relación entre la ocupación del adolescente y la frecuencia con que consume la sustancia h.	198
3.3: Frecuencia de consumo según las causas que representan situaciones estresantes en los adolescentes e influyen en su decisión de consumir.	199
3.4: Efectos producidos en los consumidores de h según su frecuencia de consumo.	202
3.5: Relación existente entre la frecuencia de consumo de los adolescentes y los factores protectores existentes en el medio que le rodea.	204
3.6: Estado de cambio que presentan los adolescentes consumidores de sustancias que realizan actividades recreativas en su tiempo libre.	205
3.7: Factores de riesgo a los que se expone el adolescente que puede influir en la frecuencia con que consume.	206
3.8: Relación existente entre el estado de cambio del consumidor y las familias en función a la frecuencia de consumo que mantienen los adolescentes.	211
ESTUDIO 2: Factores personales y familiares asociados al riesgo de consumo de drogas: comparación de grupos de consumidores y sanos.	212
Objetivo 4. Evaluar factores de la personalidad, afrontamiento y autoestima en adolescentes consumidores y sanos.	212
Aplicación Test CPS.....	212
Aplicación Test Afrontamiento	229
Aplicación Test Golberg de ansiedad	238
Objetivo 5. Analizar los factores familiares, funcionalidad, características de riesgo en los adolescentes provenientes de sectores de alto riesgo de consumo.	241

Aplicación Test McMaster Family Assessment Device.....	241
Aplicación Test Familia.....	248
Aplicación Test Familiar FFSIL.....	252
Aplicación Test CRITICIDAD.....	260
Objetivo 6. Determinar la interacción los factores personales y familiares con el consumo de drogas.....	260
CAPITULO V.....	263
DATOS Y DISCUSION	263
CAPITULO VI	283
CONCLUSIONES.....	283
CAPITULO VII.....	283
PLAN DE DESARROLLO: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE LA SUSTANCIA LLAMADA “H”	290
1.- INTRODUCCION	290
2.- MARCO TEORICO.....	290
3.- OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....	292
4.- MEDIDAS Y ACTUACIONES (COMPROMISOS Y TAREAS ESPECÍFICAS)	296
5.- METODOLOGIA	297
6.- FASE DE EJECUCIÓN O PLANIFICACIÓN	297
ANEXOS.....	299
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	321

Índice de tablas.

TABLA 1 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN LOS GRADOS DE RESTRICCIÓN	34
TABLA 2 NOMBRES COMUNES COLOQUIALES.....	70
TABLA 3 ALCALOIDES DERIVADOS DEL OPIO.....	76
TABLA 4 OPIÁCEOS Y OPIODES	76
TABLA 5 SUSTANCIAS USADAS POR LA HEROÍNA	78
TABLA 6 MEDICINAS Y OPIODES	79
TABLA 7 TIPOS DE NEUROTRANSMISORES.....	81
TABLA 8 DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	82
TABLA 9 TIPOS DE CONSUMO	83
TABLA 10 INFORMES DE OEA, 2019.....	84
TABLA 11 ARTÍCULOS LEGALES RELACIONADOS	86
TABLA 12 DESCRIPCIONES DE CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS ACETONA Y ACIDO SULFÚRICO.....	92
TABLA 13 DESCRIPCIONES DE CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS ACIDO CLORHIDRICO Y ÁCIDO ETER	93
TABLA 14 DESCRIPCIONES DE CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS AMONIACO, METIL ETILCETONA, DISOLVENTE 116	94
TABLA 15 DESCRIPCIONES DE CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS DISOLVENTE, THINNER, ACETATO DE ETILO.....	95
TABLA 16 DESCRIPCIONES DE CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS METANOL, ACETATO DE BUTILO, DEDACETONA ALCOHOL.....	96
TABLA 17 DESCRIPCIONES DE CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS DE HEXANO, BUTANOL, CARBONATO DE SODIO	98
TABLA 18 DESCRIPCIONES DE CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS TOLUENO, ANHIDRICO ACÉTICO, ALCOHOL ISOPROPILICO.....	99
TABLA 19 DESCRIPCIONES DE CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS METIL ISOBUTILCETONA, ACETATO DE ISOPROPILO, GASOLINA 18.....	100
TABLA 20 DESCRIPCIONES DE CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS DE CEMENTO GRIS, UREA AMONIAL, ACEITE COMBUSTIBLE, KEROSENE 19.....	101

TABLA 21 TIPOLOGÍAS DE ACTIVIDADES.....	117
TABLA 22 ACTIVIDADES DE DIAGNÓSTICO	117
TABLA 23 LISTA DE ACTIVIDADES.....	118
TABLA 24 LISTA DE ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN.....	118
TABLA 25 PROVINCIAS DEL ECUADOR.....	127
TABLA 26 CANTONES DEL GUAYAS.....	130
TABLA 27 EX CANTONES DEL GUAYAS.....	131
TABLA 28 PARROQUIAS URBANAS DE GUAYAQUIL	131
TABLA 29 PARROQUIAS RURALES DE GUAYAQUIL	132
TABLA 30 DEMOGRAFÍA DE GÉNERO.....	134
TABLA 31 PORCENTAJE DE POBLACIONES FEMENINAS.....	136
TABLA 32 PORCENTAJE DE POBLACION ADOLESCENTE	137
TABLA 33 PERFILES DE MORBILIDAD ACTUALES	138
TABLA 34 PROFESIONALES DE SALUD MENTAL	140
TABLA 35 TIPOS DE PROFESIONALES EN SUBSISTEMAS DE SALUD.....	140
TABLA 36 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE.....	143
TABLA 37 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE II	143
TABLA 38 DESCRIPCIONES DE METAS	146
TABLA 39 DESCRIPCIONES DE METAS II.....	147
TABLA 40 DESCRIPCIONES DE METAS III.....	148
TABLA 41 DESCRIPCIONES DE OBJETIVOS 5 Y 6.....	150
TABLA 42 DESCRIPCIONES DE OBJETIVOS 7 Y 8.....	150
TABLA 43 CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN ADOLESCENTES	153
TABLA 44 INFORME DE CONSUMO EN LAS AMÉRICAS	154
TABLA 45 EGRESOS HOSPITALARIOS POR PROVINCIA	158
TABLA 46 PREVALENCIA DE CONSUMO EN ADOLESCENTES.....	162
TABLA 47 INSTITUCIONES POR PARROQUIA.....	168
TABLA 48 PORCENTAJES DE ESTUDIANTES DE COLEGIO	169
TABLA 49 DISTRIBUCIÓN POR GÉNEROS DE ESTUDIANTES	170
TABLA 50 PORCENTAJES POBLACIONALES EN ESTUDIANTES.....	171
TABLA 51 DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD	177

TABLA 52 DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LA MUESTRA	178
TABLA 53 EDAD DE INICIO DE CONSUMO	181
TABLA 54 EDAD DE INICIO DE CONSUMO	182
TABLA 55 FRECUENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	183
TABLA 56 DESVIACIÓN ESTÁNDAR	184
TABLA 57 FRECUENCIA DE CONSUMO	184
TABLA 58 FRECUENCIAS PARA LUGARES DE CONSUMO	185
TABLA 59 FRECUENCIA DE ACTITUDES FAMILIARES.....	186
TABLA 60 FRECUENCIA DE LAS DEMANDAS DE LAS FAMILIAS DE LOS CONSUMIDORES	187
TABLA 61 TIPOS DE DEMANDA DE LOS CONSUMIDORES	187
TABLA 62 TIPO DE DEMANDA DE LAS FAMILIAS DE LOS CONSUMIDORES	188
TABLA 63 FACTORES CAUSALES DE CONSUMO	189
TABLA 64 FRECUENCIAS PARA ESTRESORES ACTUALES	189
TABLA 65 FRECUENCIA DE CONSECUENCIAS	191
TABLA 66 PORCENTAJE DE APOYO SOCIAL.....	192
TABLA 67 FRECUENCIA PARA CONSUMIDORES CERCANOS	194
TABLA 68 FRECUENCIAS PARA LUGARES DE EXPENDIO.....	194
TABLA 69 VARIACIÓN ESTÁNDAR.....	195
TABLA 70 FRECUENCIAS PARA ESTADO DE CAMBIO DEL CONSUMIDOR	196
TABLA 71 FRECUENCIAS PARA ESTADO DE FAMILIA	196
TABLA 72 FRECUENCIAS DE CONSUMO POR SEXO	197
TABLA 73 FRECUENCIAS DE CONSUMO POR OCUPACIÓN	198
TABLA 74 TABLA DE CONTINGENCIA: ESTRESORES ACTUALES.....	200
TABLA 75 TABLA DE CONTINGENCIA: LUGARES DE EXPENDIO	201
TABLA 76 TABLA DE CONTINGENCIA: CONSUMIDORES CERCANOS	202
TABLA 77 TABLA DE CONTINGENCIA: SÍNTOMAS PRESENTADOS	203
TABLA 78 TABLA DE CONTINGENCIA: APOYO SOCIAL	204
TABLA 79 TABLA DE CONTINGENCIA: ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE.....	206
TABLA 80 TABLA DE CONTINGENCIA: DEMANDA DEL USUARIO	207
TABLA 81 TABLA DE CONTINGENCIA: DEMANDAS FAMILIARES.....	208
TABLA 82 TABLA DE CONTINGENCIA: TIPO DE DEMANDA DEL CONSUMIDOR.....	209

TABLA 83 TABLA DE CONTINGENCIA: TIPO DE DEMANDA DE LA FAMILIA	209
TABLA 84 TABLA DE CONTINGENCIA: ACTITUD DE LA FAMILIA	210
TABLA 85 TABLA DE CONTINGENCIA: ESTADO DE CAMBIO DEL CONSUMIDOR	211
TABLA 86 TABLA DE CONTINGENCIA: ESTADO DE CAMBIO DE LA FAMILIA	211
TABLA 87 PERSONALIDAD SITUACIONAL	212
TABLA 88 DESVIACIÓN ESTÁNDAR AFRONTAMIENTO.....	230
TABLA 89 ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL TEST DE GOLDBERG	239
TABLA 90 DESVIACIÓN ESTÁNDAR FAMC	241
TABLA 91 DESVIACIÓN ESTÁNDAR: FAMILIA	249
TABLA 92 DESVIACIÓN ESTÁNDAR FF-SIL	252
TABLA 93 CRITICIDAD.....	260
TABLA 94 DESCRIPTIVE STATISTICS FROM PERSONAL AND FAMILY FACTORS	261
TABLA 95 RESULTING MODEL FROM THE MULTIVARIATE LOGISTIC REGRESSION ANALYSIS	262

Índice de ilustraciones.

ILUSTRACIÓN 1 TOPOLOGÍA DE LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN MIXTA	49
ILUSTRACIÓN 2 MODELO INTEGRADO DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES.	57
ILUSTRACIÓN 3 PRODUCCIÓN DE CANNABIS	73
ILUSTRACIÓN 4 PLANTA DE OPIO	75
ILUSTRACIÓN 5 FABRICACIÓN DE MORFINA Y HEROÍNA	80
ILUSTRACIÓN 6 FOLLETOS DEL INFORME MUNDIAL DE LAS DROGAS, 2022.	89
ILUSTRACIÓN 7 ESTIMADOS DE CONSUMIDORES DE DROGAS	89
ILUSTRACIÓN 8 IMPACTO DE LA LEGALIZACIÓN DEL CANNABIS	90
ILUSTRACIÓN 9 LAS RUTAS DEL IMPACTO AMBIENTAL	91
ILUSTRACIÓN 10 INSTRUMENTO DE DATOS PSICOSOCIALES	120
ILUSTRACIÓN 11 INVENTARIO DE CONSUMO	121
ILUSTRACIÓN 12 INSTRUMENTO PARA EL INVENTARIO DE CONSUMO	122
ILUSTRACIÓN 13 INSTRUMENTO DEL CUESTIONARIO DE DUKE	123
ILUSTRACIÓN 14 LATINOAMÉRICA.....	128
ILUSTRACIÓN 15 TOPOGRAFÍA DE ECUADOR	129
ILUSTRACIÓN 16 TOPOGRAFÍA DE ECUADOR II.....	130
ILUSTRACIÓN 17 SECTORIZACIÓN DEL GUAYAS.....	133
ILUSTRACIÓN 18 SOLICITUDES DE CRÉDITOS DE BIESS	141
ILUSTRACIÓN 19 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE.....	144
ILUSTRACIÓN 20 ASPECTOS DE ATENCIÓN DE LA AGENDA 2030	145
ILUSTRACIÓN 21 ADULTERACIONES EN DROGAS.....	156
ILUSTRACIÓN 22 CAMBIOS EN VIGENCIAS LEGALES EN DROGAS.....	157
ILUSTRACIÓN 23 DEFUNCIONES POR PROVINCIA.....	159
ILUSTRACIÓN 24 DISTRIBUCIÓN DE MUESTRAS DE HEROÍNA.....	161
ILUSTRACIÓN 25 MAPA DE ACELERACIÓN MÁXIMA DEL SUELO.....	165
ILUSTRACIÓN 26 MAPA DE UBICACIONES DE ALBERGUES EN GUAYAQUIL.....	166
ILUSTRACIÓN 27 SEXO DE LA POBLACIÓN.....	176
ILUSTRACIÓN 28 HISTOGRAMA DE LA EDAD DE LA POBLACIÓN.....	177
ILUSTRACIÓN 29 SEXO DE LA POBLACIÓN.....	178

ILUSTRACIÓN 30 EDAD DE LA POBLACIÓN	179
ILUSTRACIÓN 31 OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	179
ILUSTRACIÓN 32 PROMEDIO DE EDAD.....	180
ILUSTRACIÓN 33 EDAD DE INICIO DE CONSUMO.....	182
ILUSTRACIÓN 34 PROMEDIO DE EDAD.....	182
ILUSTRACIÓN 35 FRECUENCIA DE CONSUMO	185
ILUSTRACIÓN 36 CANTIDAD EN NÚMERO.....	186
ILUSTRACIÓN 37 SÍNTOMAS DE EXPRESIÓN BIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA.....	191
ILUSTRACIÓN 38 APOYO SOCIAL	193
ILUSTRACIÓN 39 ESCALA DE ESTABILIDAD EMOCIONAL	214
ILUSTRACIÓN 40 ESCALA DE ANSIEDAD	215
ILUSTRACIÓN 41 ESCALA DE AUTOCONCEPTO.....	216
ILUSTRACIÓN 42 ESCALA DE SEGURIDAD EN SI MISMO	217
ILUSTRACIÓN 43 ESCALA DE INDEPENDENCIA	218
ILUSTRACIÓN 44 ESCALA DE DOMINANCIA	219
ILUSTRACIÓN 45 ESCALA DE SOCIABILIDAD	220
ILUSTRACIÓN 46 ESCALA DE AGRESIVIDAD	221
ILUSTRACIÓN 47 ESCALA DE LIDERAZGO	222
ILUSTRACIÓN 48 ESCALA DE SINCERIDAD.....	223
ILUSTRACIÓN 49 DESEABILIDAD SOCIAL.....	224
ILUSTRACIÓN 50 ESCALA DE AJUSTE	225
ILUSTRACIÓN 51 ESCALA DE LIDERAZGO 293	226
ILUSTRACIÓN 52 ESCALA DE INDEPENDENCIA 295	227
ILUSTRACIÓN 53 ESCALA DE CONSENSO	228
ILUSTRACIÓN 54 ESCALA DE INTROVERSIÓN	229
ILUSTRACIÓN 55 ESCALA DE BUSCANDO DESVIACIÓN.....	231
ILUSTRACIÓN 56 ESCALA DE ESCAPAR	232
ILUSTRACIÓN 57 ESCALA DE BUSCAR APOYO FAMILIAR	233
ILUSTRACIÓN 58 ESCALA DE BUSCANDO AMISTAD	234
ILUSTRACIÓN 59 ESCALA DE SENTIMIENTOS DE DESAHOGO	235
ILUSTRACIÓN 60 ESCALA DE REEVALUACIÓN.....	236

ILUSTRACIÓN 61 ESCALA DE BUSCAR APOYO ESPIRITUAL	237
ILUSTRACIÓN 62 ESCALA DE ACTIVIDADES EXIGENTES.....	238
ILUSTRACIÓN 63 ESCALA DE GOLDBERG ANSIEDAD	239
ILUSTRACIÓN 64 ESCALA DE GOLDBERG DEPRESIÓN.....	240
ILUSTRACIÓN 65 ESCALA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	242
ILUSTRACIÓN 66 ESCALA DE COMUNICACIÓN.....	243
ILUSTRACIÓN 67 ESCALA DE ROLES	244
ILUSTRACIÓN 68 ESCALA DE RESPUESTA AFECTIVA.....	245
ILUSTRACIÓN 69 ESCALA DE COMPROMISO AFECTIVO	246
ILUSTRACIÓN 70 ESCALA DE CONTROL CONDUCTUAL	247
ILUSTRACIÓN 71 ESCALA DE FUNCIONAMIENTO GENERAL.....	248
ILUSTRACIÓN 72 ESCALA DE RESPUESTA AFECTIVA.....	249
ILUSTRACIÓN 73 ESCALA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	250
ILUSTRACIÓN 74 ESCALA DE COMPROMISO ACTIVO	251
ILUSTRACIÓN 75 ESCALA DE COHESIÓN.....	253
ILUSTRACIÓN 76 ESCALA DE ARMONÍA	254
ILUSTRACIÓN 77 ESCALA DE COMUNICACIÓN.....	255
ILUSTRACIÓN 78 ESCALA DE PERMEABILIDAD	256
ILUSTRACIÓN 79 ESCALA DE AFECTIVIDAD.....	257
ILUSTRACIÓN 80 ESCALA DE ROLES	258
ILUSTRACIÓN 81 ESCALA DE ADAPTABILIDAD	259

Glosario de siglas

- ASI: Addiction Severity Index
- ATPDEA: Ley de Preferencias Arancelarias Andinas y Erradicación de Drogas
- CB: Cannabis
- CBD: Cannabidiol
- CBN: Cannabinol
- CCPID-G: Consejo Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil
- CDID: Centro de Evaluación y Docencia para la Investigación
- CETAD: Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas
- CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
- CIE 11: Clasificación Internacional de Enfermedades 11 edición
- CNII: Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional
- CONSEP: Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas
- DICA: dirección de cartografía, estadística y operaciones de campo
- DNAIE: Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa
- DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5 edición
- ENAE: Encuesta Nacional de Acoso Escolar
- ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
- EuropASI: Versión europea de ASI
- FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos
- FF-SIL: Cuestionario de Funcionamiento Familiar, Estilo y Circunstancias de Vida

- GLADP: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico
- H: Hachis/Hache
- IAP: Investigación acción-participación
- INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos
- LSD: Dietilamida del ácido lisérgico
- MDMA: Éxtasis
- MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social
- MSP: Ministerio de Salud Pública
- MTT: Modelo Transteórico
- NIH: National Institute on Drug Abuse
- NSP: Nuevas sustancias psicoactivas
- NV: Nacidos vivos
- ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
- OEA: Organización de Estados Americanos
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONU: Organización de Naciones Unidas
- ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- RDACAA: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
- RPIS: Red Pública Integral de Salud
- SENPLADES: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo

- SETAD/SETED: Secretaría Técnica de Articulación de Políticas de Prevención Integral de Drogas
- SOCRATES 8D: Escala de Estados de la Disposición al Cambio
- SPA: Sustancias Psicoactivas
- SSM: Seguridad Multidimensional
- THC: Tetrahidrocannabinol
- TPQ: Treatment Perceptions Questionnaire
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
- VIF: Violencia Intrafamiliar
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

Las adicciones constituyen un problema de todas las épocas, prácticamente no constituyen únicamente una problemática que se presenta de forma local, técnica, específica y acotada al campo de acción de una disciplina en particular (Lewkrowicz, 2009). El consumo de drogas ha coexistido con la humanidad durante toda la historia de los diversos procesos de la sociedad, tales como las repercusiones en los ámbitos políticos, sectores económicos y áreas culturales, así como cambios paradigmáticos respecto a las definiciones de las drogas y del consumidor o consumidora, de igual manera el sujeto adolescente como centro de muchas interrogantes a veces sin respuesta también coexiste entre fenómenos sociales y uno de ellos es la droga como parte de su demanda y en otras circunstancias, como ofertante de la misma. Así pues, el acto de consumir drogas se vuelve en una acción que no necesita un contexto determinado para poder realizarse, dada la interrelación del consumidor, las sustancias que consume, los aspectos socioculturales y las motivaciones subjetivas, afectando diversos aspectos de la vida de las personas (Oriol, 1999, p. 53).

A lo largo del siglo XX, los intentos de parte de los actores públicos y mecanismos de control social se manifiestan como esfuerzos sociales para contener este accionar, curiosamente cada 20 años aproximadamente se presentan como olas represivas cíclicas ante los cambios sociales (De Olmo, 1989, p. 86). A pesar, de estos esfuerzos de control de las drogas y de quienes la consumen, la realidad es que existe una gran población que consumen drogas y son víctimas de sus consecuencias rondan entre los 31 millones de personas, en su mayoría son grupos vulnerables como adolescentes pueden necesitar tratamiento por adicciones hacia el cannabis u otras alternativas. La OMS indica que estas cifras demuestran estadísticas relacionadas a la mortandad de consumidores de drogas, en donde, poniendo un ejemplo, en 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas por consumir de drogas. De esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los diversos efectos nocivos del consumo, principalmente las sobredosis (UNODC 2018).

Sin embargo, la tendencia del uso de los diferentes tipos de sustancias estupefacientes ha variado desde tiempo atrás, por como sustancias como la heroína y la cocaína se han vuelto

frecuentes junto con nuevas sustancias psicoactivas (NSP), siendo un riesgo latente dada la amplia oferta de opciones para el consumo en las poblaciones vulnerables (UNODC 2018).

Las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) pueden ser reconocidas en el mercado bajo diversos nombres como “drogas de diseño”, “euforizantes legales”, “hierbas euforizantes”, “sales de baño”, “productos químicos de investigación” y “reactivos de laboratorio”. Para promover una terminología precisa, la UNODC emplea exclusivamente el término “nuevas sustancias psicoactivas (NSP)”, que se define como "sustancias de abuso, ya sea en forma pura o preparada, que no están controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni por el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que pueden representar una amenaza para la salud pública". El término “nuevas” no necesariamente indica que sean invenciones recientes, ya que algunas NSP fueron sintetizadas por primera vez hace 40 años, sino que se refiere a sustancias que han aparecido recientemente en el mercado y que no están incluidas en las mencionadas Convenciones.

En el Ecuador de acuerdo a informe elaborado por la Secretaria técnica de drogas resalta la predominancia de la Heroína como componente psicoactivo entre 20% a 40% de la sustancia llamada “H” o “Hache”, entre otros opiáceos, todas las muestras, que mayoritariamente se presentan en forma de polvo, contienen cafeína, diltiazem, fenacetina, cocaína, entre otros adulterantes (SETAD, 2018), aparece en el 2013 y hasta la actualidad es el problema más grave para la población adolescentes de la zona 8, de acuerdo al índice de concentración territorial. Según datos del Ministerio del Interior del año 2015, el 73,78% de la heroína incautada en todo el país se incautó en la provincia del Guayas, y más específicamente, del total nacional, un aproximado de 70,76% de estas drogas fueron incautadas de grupos ilegítimos en Guayaquil, lo que en el año 2016 corresponde a un aproximado del 63,19% del total de sustancias incautadas a nivel de Ecuador.

La encuesta nacional realizada en el 2016 en adolescentes de los últimos años de Bachillerato ubica a la heroína (“H”) como la segunda droga ilícita más consumida, después de la marihuana, con una prevalencia de 2,51%, esta droga es considerada una de las más peligrosas para la salud (SETAD, 2017). A nivel mundial (considerando información de 86 países), se estimaron un aproximado de 190.900 de fatalidades relacionadas al consumo de estupefacientes en 2015, en gran parte atribuidas al uso de opioides (ONUDC, 2017).

La edad de promedio de inicio del consumo, según datos de la encuesta 2016 está entre 14 y 15 años de edad, también consideraron que es de fácil acceso conseguir droga, incluida la heroína o “H”, esto coincide con los resultados del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2016) en los cuales el 48% de los adolescentes afirman que las drogas se encuentran en las vecindades alrededores de los centros educativos o lugares de estudio.

Se estima que el costo anual para el año 2015 es de USD 214.029.337,75, lo que equivale a USD 13 por persona, tomando en cuenta una población total de 16.144.363 habitantes. El costo diario de USD 15 es una aproximación de lo que costaría mantener a una persona en un centro de rehabilitación, incluyendo alimentación y estadía. En los centros de tratamiento del sector público, el costo de las atenciones médicas es de USD 17,37, y para la modalidad residencial es de USD 42. El valor final se calcula restando los costos de hospedaje y alimentación, ya que las atenciones ambulatorias no requieren ocupación de camas (SETAD, 2015).

El estudio sobre el costo socioeconómico de las drogas, realizado por la Secretaría Técnica de Drogas en 2015, señala que, según datos del Sistema de Información RDACAA del Ministerio de Salud Pública, el número total de atenciones ambulatorias por causas relacionadas con drogas fue de 120.720 en 2015. Basándose en las estimaciones del Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud (2010), se considera que esta cifra representa el 60% del total de atenciones ambulatorias. Por lo tanto, el 40% restante, que equivale a 80.480 atenciones, podría corresponder a otras instituciones, incluidas las del sector privado. Los niveles de atención que brindan los servicios de salud mental en relación con el consumo de drogas son: ambulatorio, ambulatorio intensivo y residencial.

En Guayaquil existieron 68 Centros de Tratamiento, de los cuales 20 estaban calificados bajo la supervisión del Ministerio de Salud Pública, funcionando de manera ilegal los restantes. El marco conceptual bajo los que se manejaban los programas de dichos establecimientos, estaban orientados hacia lo biopsicosocial y la aplicación de instrumentos o técnicas cognitivas-comportamentales, es decir, no trabajan en el afrontamiento de contradicciones internas frente a realidad externa de los usuarios, teniendo un manejo empírico, maltratador, represivo,

transgrediendo derechos humanos y constitucionales, pues la mayoría de éstos centros estaban dirigidos por terapeutas vivenciales, según datos del Consejo Nacional de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el 2012. En la actualidad, el MSP tiene a su disposición 12 Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático del Alcohol y otras Drogas (CETAD) y un aproximado de 743 centros de tratamiento ambulatorio y ambulatorio intensivo. Es necesario indicar que las consultas externas y las atenciones ambulatorias llegaron a cifras de 33.694 y 5.742 respectivamente en el año 2018, sumadas a los 1.111 casos atendidos de forma residencial en los CETAD.

En atención a la situación del consumo de drogas, la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 364 declara a las adicciones como un problema prioritario de salud pública y se prohíbe su “criminalización”; esto se debe a que las adicciones corresponden a un problema de salud pública, razón por la que el Estado le corresponderá desarrollar programas dirigidos hacia los procesos de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas, adicional deben ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. De esta forma en el Plan de Desarrollo Nacional 2017-2021, numeral 6 del eje 1, del objetivo 3 se establece como objetivo general el retraso y reducción de las diversas consecuencias sanitarias y sociales de la seguridad ciudadana en respecto al consumo de las drogas, considerando siempre los enfoques de salud pública y los derechos universales de los humanos.

El Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas 2017-2021 se enmarca en el eje 1, “Derechos para todos durante toda la vida”. Este eje de la planificación nacional tiene como objetivo garantizar una vida digna para todas las personas, orientándose hacia la construcción de una sociedad más justa y equitativa. Busca promover la igualdad en todos los ámbitos y erradicar cualquier forma de discriminación, exclusión y pobreza.

Dentro del Plan Nacional Toda una Vida, se han definido intervenciones emblemáticas para cada uno de los ejes nacionales. De las nueve propuestas para el primer eje, una de ellas es la intervención en la “Prevención y Control del Uso y Consumo de Drogas”. Esta intervención tiene como objetivo reducir el impacto del uso o consumo de drogas en la sociedad mediante la implementación de estrategias para fortalecer la prevención integral, el control y la reducción de la oferta. Además, se enfoca en la prevención y promoción de la construcción de proyectos de vida

basados en una educación integral en valores, fomentando así la toma de decisiones consciente, corresponsable y autónoma, y promoviendo la formación cultural a través de actividades recreativas, de ocio y esparcimiento.

Entre las bases de la estrategia a largo plazo del Plan Nacional Toda una Vida del Ecuador se menciona que está alineada con la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, la cual comprende 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos objetivos buscan erradicar la pobreza, combatir la desigualdad y la injusticia, garantizar la paz y proteger el planeta. En este mismo contexto, el Plan Nacional de Drogas del Ecuador también está alineado con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3), que tiene como meta “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

Como se puede observar, la búsqueda de una respuesta a la problemática relacionada por el consumo de drogas en los grupos adolescentes ha sido una constante para los estudios y en el esfuerzo permanente de profesionales y autoridades responsables de incidir desde diferentes estrategias o modelos de intervención para prevenir y brindar atención, y hoy frente a una nueva sustancia altamente letal como es la “H” O “Hache”. En este trabajo su objetivo ha sido conocer los factores causales y consecuencias del consumo en los adolescentes, identificando las características de los adolescentes, sus sistemas familiares, las percepciones de los actores que recibieron o brindaron la atención en tratamientos de nivel ambulatorio o residencial para adolescentes; en función de esto desarrollar una Propuesta de Intervención Psicosocial para adolescentes consumidores de Heroína o “H”, que contribuya a generar evidencias exitosas de intervenciones para un grupo específico. Una propuesta contextualizada, de acuerdo a la realidad e idiosincrasia de los actores, basada en los componentes sociodemográficos, perfil del adolescentes y familias, así como el contexto educativo, y comunidad, sectorial e intersectorial, interdisciplinario y transdisciplinario, participativo y transformador de comunidades educativas empoderadas en la restauración de la justicia y la paz, hacia una mejor calidad de vida.

Este trabajo está estructurado en siete capítulos detallados a continuación:

El **Capítulo I. Objeto de investigación y metodología**, en este capítulo se detalla el proceso metodológico que se realizó para lograr responder a la investigación, definiendo objeto y campo de estudio, como el consumo de drogas y las adicciones; se desarrolla el análisis de la problemática para su respectivo planteamiento que las relaciones causales empíricas de la existencia del consumo de las drogas en las y los adolescentes, y el bajo éxito de los tratamientos o propuestas de intervención para reducir, mitigar o erradicar el problema. Se plantean las posibles preguntas, hipótesis y objetivos identificados de la investigación; la metodología de corte mixto, con énfasis en lo cualitativo y el método de sistematización de la experiencia para recuperar la historia de un abordaje en adolescentes, así como, procesar datos de bases estadísticas y dos instrumentos de predicción de la impulsividad y comorbilidad para determinar el perfil del sujeto atendido en diferentes centros tanto ambulatorio como residencial, de 1 privado, 2 público y 1 centro docente universitario, se especifica las fuentes directas e indirectas aplicadas en la investigación. Se utilizaron el programa denominado SPSS para el procesamiento directo de datos cuantitativos, y el programa Nvivo para el análisis del contenido de las entrevistas y grupos focales de la experiencia de intervención brindada y recibido en los tratamientos de los cuatro centros.

El **Capítulo II. Marco Teórico**, aquí se define desde el paradigma de la Psicología Social comunitaria las variables y categorías que intervienen en el presente estudio sobre el adolescente y sus características sociodemográficas, psicológicas y proceso de intervención. Se realiza una introducción sobre la trayectoria de la Intervención en los tratamientos a adolescentes consumidores de drogas, y especifica respecto al tratamiento por consumo de sustancia “H”. Un apartado argumenta sobre la relación de Adolescencia, Drogas y Sociedad. Se defiende la tesis desde una perspectiva que hace ruptura con los modelos ortodoxos y reduccionista de centrarse en la droga o en factores aislados que no integra todos los elementos que interactúan ante un proceso de intervención. Se basará la argumentación teórica en los postulados del interaccionismo social Mead (1934) y construccionismo Bergen y Luckman (1968), poniendo el acento en las relaciones entre las personas. Los principios de la salud mental comunitaria e intervención psicosocial con autores como: Maritza Montero, Amalio Blanco y Martín Baró.

El **Capítulo III. El Contexto**, en este capítulo se describe detalladamente al contexto ecuatoriano y la situación geográfica de los sectores de riesgo en la oferta de la droga, los sectores

educativos y comunitarios inmersos en el microtráfico y por ende entorno de riesgo para la demanda del consumo de drogas, y particularmente de la distribución de la sustancia llamada “H”. La ubicación georreferencial y los índices de concentración territorial, así como la historia de consumo de drogas, sus avances y limitaciones. También las características e idiosincrasia de la zona 8, de Guayaquil y del Guayas.

Ecuador como país denominado de tránsito o circulación en el tráfico de drogas, sin embargo, hoy enfrenta los efectos de una sustancia elaborada con un 20% a 40% de heroína y otros productos químicos que la alteran e incrementan sus efectos hasta lesionar y comprometer la salud y vida de los grupos poblacionales adolescentes. La historia de los tratamientos ha transitado desde el modelo ético jurídico _droga= ilegal/consumidor=delincuente_, hasta el sanitario _droga=tóxico/consumidor=enfermo_, sin embargo, se retrocede y no se avanza hacia nuevas alternativas de intervención que reconozca al individuo y su entorno en una relación dialéctica y activa del sujeto interactuante y protagonista.

El **Capítulo IV. *Análisis e interpretación de resultados***, aquí se presentan los resultados, datos cuantitativos y cualitativos de las características del sujeto estudiado, así como la droga y sus componentes y las respuestas a las hipótesis sobre el modelo de intervención a diseñar. En un primer apartado se organiza los datos para responder a la hipótesis relacionada con el sujeto participante dentro del estudio investigativo, para esto se caracteriza la población atendida en un centro docente universitario, en comparación con la muestra de un centro privado y dos centros públicos de Guayaquil, la variable sociodemográfica, el tamizaje y la evaluación de tipo de demanda, proporciona explicar el perfil de las y los adolescentes, y como se expresa el comportamiento de consumo en relación a variables sexo, edad, tipo de consumidor, tipología familiar, personalidad. En este apartado también se presentan los datos de la variable impulsividad y comorbilidad como predictores del consumo compulsivo de la droga “H” y su influencia dentro de la adherencia al tratamiento clínico.

En el segundo apartado se explica la composición química, accesibilidad e impacto del consumo de la “H” en la salud integral de los adolescentes que la consumen y recibieron tratamiento ambulatorio o residencial. En el tercer apartado se presenta la fundamentación teórica a la que se aproxima la intervención recibida las y los adolescentes y sus sistemas familiares, así

como los profesionales que brindaron la atención, el lugar del sujeto, técnicas y estrategias aplicadas, la adherencia y los éxitos de la intervención.

El **Capítulo V. *Discusión***, se arriba a contrastar los datos y triangular algunas formulaciones de la investigación en el pre-registro de la misma, como la predicción de las causas en relación a factores psicológicos y la influencia del contexto en esas formaciones internas de los sujetos de estudio, así como la determinación de la dinámica familiar en el desarrollo de un buen pronóstico en la intervención. Los aspectos emocionales como indicador de mayor impacto en el desarrollo de riesgo en esta población, así como la disfuncionalidad familiar, y un consumidor patológico con otras adicciones o patología, agudiza el pronóstico de la adherencia. Por tanto, el modelo de intervención tendrá características específicas de acuerdo a la tipología del consumidor y sus factores de riesgo subyacentes.

El **Capítulo VI. *Conclusiones***, en este capítulo, se trata de responder al plan inicial de investigación, sus objetivos planteados, pudiendo decirse que los adolescentes que se drogan pertenecen a un estrato social en el cual se legitima el consumo, existe presión social y cultural que influye en su decisión de consumir, así como predictores personales como su percepción de riesgo, autoestima, proyección de vida, debilitados para enfrentar la presión social, familiar frente a los conflictos. Respecto a la frecuencia del consumo de la sustancia “H” está determinado por el accesible costo en los centros educativos, aquí se encontró un mayor riesgo en los centros educativos que en los barrios respecto al acceso a la sustancia. La composición química de esta sustancia derivada de la Heroína predice una dependencia que limita la conciencia y toma de decisiones del adolescente que inicia con esta droga, sin embargo, se encontró que pasaron de la “H” a otras drogas para una mejor tolerancia a los síntomas físicos, y combinaron con cigarrillo y otras dependencias.

Los resultados, superan lo propuesto inicialmente, de acuerdo a la tipología del consumidor, mientras más crónico o patológico, la conflictividad es superior, es más frecuente en el tratamiento residencial que en los ambulatorios, esto nos lleva a la reflexión de que los programas requieren incorporar estrategias de justicia restaurativa y Cultura de paz para lidiar con la conflictividad de las familias y adolescentes, y comunidad de riesgo como la educativa y sus redes de apoyo, las cuales también se encontró ausencia y ambivalencia en relación con la familia y amigos como la

percepción de apoyo más significativo y también de riesgo por la disfuncionalidad familiares, y consumidores cercanos dentro de la familia y entre sus pares.

Son pocas las investigación al respecto de predecir causales de consumo y modelos de intervención exitosos, los datos de las encuestas nacionales son de prevalencia, en ese sentido, esta investigación brinda hallazgos para tomar decisiones en la elaboración de una estrategia, programa o propuestas de intervención, así como en las políticas públicas para enfrentar usando estrategias que se basan en la validez científica a la solución de la prevención y tratamiento de adolescentes en situación de consumo de drogas.

El **Capítulo VII. Plan de Desarrollo. Propuesta. Plan de Acción**, aquí se presenta el Plan de intervención propuesto para ser llevado a pilotaje y evaluarlo. Está estructurado con una introducción que justifica la propuesta, el fundamento teórico, conceptual, epistemológico, principios y leyes que rige el paradigma psicosocial con el cual se definirá la propuesta de intervención. También se presentan los objetivos y fines de la propuesta, las acciones.

La **revisión bibliográfica** ha permitido conocer la problemática desde la perspectiva mundial, regional, nacional y local, así como contrastar el acervo del enfoque psicosocial y las diferentes propuestas argumentadas desde este enfoque y sin embargo, fragmentadas en cuanto a la integración de todos los contextos y actores del ecosistema en el cual está inmerso el sujeto que consume, su microsistema como es la familia, su exosistema el barrio y pares, y el macrosistema las organizaciones, escuela, iglesia, organismos estatales e instituciones públicas y privadas.

Finalmente se anexa todos los respaldos del diseño de la investigación, consentimiento informado, instrumentos, tablas, mapas.

Capítulo I

OBJETO DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA

A lo largo de este capítulo se presenta el objeto y campo de estudio de esta investigación fundamentada en la trayectoria histórica y cultural del lugar del objeto droga, sujeto individuo y contexto social en su sentido amplio de todos los entornos: educativo, comunitario, vecindad, sin desligar el contexto político, económico, local, regional y mundial, llegando al momento actual de la aparición de nueva sustancia llamada “H” y sus grandes competencias en la salud y vida de las y los adolescentes y su entorno. Esto nos lleva a la pregunta de investigación, la cual se orienta hacia conocer las causas del consumo de droga en los adolescentes y la apuesta de un modelo de intervención contextualizado y eficaz. Se define entonces, el problema, preguntas, objetivos e hipótesis, y se establece la metodología de corte mixto, aplicando técnicas cualitativas que recojan la valoración subjetiva de los participantes como grupo focal, técnicas narrativas, etc.; y técnicas cuantitativas que permita la triangulación e inferencia entre variables y categorías planeadas para responder las hipótesis del presente estudio. Se agrega la información de fuentes secundarias como documentación y revisión web respecto al estado de la situación, y las fuentes primarias hacia la luz de responder las preguntas y las conclusiones de la investigación.

DESDE EL TEMA GENERAL AL PROBLEMA ESPECÍFICO.

Objeto de estudio

Actualmente el consumo de drogas legales como ilegales se ha intensificado. Especialmente en la población adolescente, razón que nos lleva a plantear propuestas de intervención y atención que permitan dar una mejor repuestas a los casos.

No obstante, es importe conceptualizar el consumo de drogas, para poder entender el mecanismo de su uso, así como diferenciar el consumo de sustancias y la adicción que se genera a la misma. Así, Pons Diez (2008, citando a la American Psychiatric Association, 2002) expone que, se entiende por consumo, a la ingestión que realiza el individuo en un determinado momento, de manera que no todo consumo, genera una adicción a la sustancia; por ende, cuando existe una priorización del consumo de una sustancia o varias sustancias por encima de otras actividades que realiza el sujeto y que no tiene la capacidad de controlar, es considerado como una adicción. Dicho esto, se puede especificar que el consumo de drogas puede ser la ingesta de sustancia, en la que se debe determinar el grado o nivel de su uso, que permita visualizar si existe o no una adicción.

a) Definición Droga

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la droga como "toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones". Sin embargo, tal definición se consideró ambigua por no diferenciar el tipo de sustancias ingeridas, por lo que droga suele ser entendida como sinónimo de fármaco. Según la Organización de Estados Americano (OEA, 1969) se denomina a sustancia psicoactiva o droga al grupo diverso de sustancias que mantienen un potencial adictivo, así como su el riesgo de salud para el usuario, puede variar significativamente".

Una de las críticas más interesantes que se ha hecho a la definición clásica de la OMS, donde se manifiesta que: "Toda sustancia que dentro de un organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones" (Caudevilla, 2008, citando a la OMS, 1969), es la diferencia entre las drogas y los fármacos, donde se expresa que dicha diferenciación puede estar dada por matices instrumentales y sociales: La administración de la sustancia por parte del propio individuo sin una receta médica, con un objetivo diferente al tratamiento de una enfermedad (Garcia, 2009). Se expresan que las drogas psicoactivas son aquellas que producen dependencia física ocasionan una lesión metabólica pues la homeostasis que motivan, esto es, el acostumbamiento celular. Obliga a seguir usando el fármaco para evitar la crisis de la abstinencia y en el caso de las drogas producen dependencia psíquica, sin que estas ocasionen lesiones metabólicas.

b) Clasificación de las drogas.

A lo largo del tiempo han existido varias clasificaciones de las drogas, que van desde la función que cumplen, los efectos que causan, la forma de elaboración, hasta la legalidad de dichas sustancias, otras muchas clasificaciones. De esta manera una de las clasificaciones más consideradas está dada por (García, 2009) quien considera la siguiente clasificación tomando en cuenta la variable de farmacodependencia por la OMS frente a las drogas que causan dependencia:

- Las *drogas depresoras o psicolépticas*, estas producen extenuaciones o afectaciones del sistema nervioso; de acuerdo a los efectos que estos mantienen en el cuerpo, estas pueden

ser hipnótico-sedantes, las bebidas alcohólicas serían neurolépticos o tranquilizantes mayores y tranquilizantes menores como ansiolíticos.

- *Drogas Psicoanalépticas o estimulantes*, las cuales activen múltiples centros nerviosos en el cerebro.

- *Drogas alucinógenas o psicodélicas*, aquellas sustancias que producen dificultad en la percepción de la realidad, a menudo afectando las alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento con modificaciones en la personalidad y alucinaciones.

Otra clasificación está dada por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, perteneciente a la ONU la cual distingue cuatro listas con distintos grados de restricción (Caudevilla, 2008):

Tabla 1

Clasificación de las drogas según los grados de restricción

Lista I	Dietilamida de ácido lisérgico (LSD), cannabis, éxtasis y derivados 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), 3,4-metilendioxianfetamina (MDA), 3,4-metilendioxietilfetamina (MDEA)..., psilocibina, gamma-hidroxibutirato (GHB).
Lista II	Anfetaminas y derivados (anfetamina, metanfetamina, metilfenidato...), secobarbital, cocaína.
Lista III	Algunos barbitúricos (amobarbital, ciclobarbitol, pentobarbital) y derivados benzodiazepínicos (flunitrazepam)
Lista IV	Benzodiazepinas (alprazolam, diazepam, oxazepam...), barbitúricos (secobarbital), zolpidem.

Nota: de “Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Sustancias incluidas en el listado de Fiscalización de la ONU, 1971” (Caudevilla, 2008).

c) Formas de consumo de las Sustancias psicoactivas

Autores definen el consumo desde el uso, abuso y dependencia. El uso se comprende mediante ingerir sustancias que no tienen consecuencias negativas en el sujeto por el consumo esporádico de la misma, sujeta a factores culturales (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008). El abuso surge cuando existe un uso frecuente a pesar de las consecuencias negativas que puede implicarse.

Asimismo, existe dependencia cuando las consecuencias del uso excesivo son de manera significativa.

De esta manera (García, 2009) propone 3 tipos de consumidores:

- *Experimental*: se refiere al consumo único o múltiple sin convertirse en continuo, siendo de forma repentina.
- *Ocasional*: ocasional implica el consumo continuo sin desarrollarse dependencia.
- *Farmacodependiente*: se refiere cuando el consumo se vuelve prioridad para el consumidor, llegando a pensar en la droga y en su uso, así como el recurrir a ella en casos de dificultades en su vida personal.

c) La droga “H”

Las investigaciones de laboratorio en Ecuador comenzaron en 2014. Entre ese año y 2016, los químicos farmacéuticos del Centro Científico de la Secretaría de Drogas descubrieron que la droga H está compuesta principalmente por heroína, cafeína y diltiazem, una sustancia utilizada para tratar la hipertensión. Tras analizar 15 muestras el año pasado, se determinó que la heroína es el componente más común en este narcótico, constituyendo entre el 40% y el 80% de sus componentes, lo que influye en el precio de cada sobre, que varía entre USD 0,25 y USD 3. Desde el estallido de estos casos en 2014, esta es la primera vez que se revela la composición de la H. Anteriormente, en los barrios, especialmente en Guayaquil, se creía que las mafias mezclaban heroína con raticida, cemento, analgésicos, heces de animales, anestésico para ganado y otros compuestos tóxicos.

La Subsecretaría de Prevención de Políticas de Drogas señala que los análisis también detectaron el uso esporádico de carbonato de calcio en estos cócteles, una sustancia empleada en la producción de vidrio y cemento. "La dependencia y la tolerancia son mucho más fuertes en comparación con otras drogas. El síndrome de abstinencia es mucho más complejo en el caso de la heroína, ya que no solo se requiere un tratamiento psicológico, sino también farmacológico" (CCPID, 2016).

El director de Análisis y Estudio sobre Drogas, Javier Paspuel, advierte que la H "es más adictiva, generando dependencia física y psicológica, a diferencia de otras drogas donde la dependencia es solo física y la desintoxicación puede ser más tranquila" (MIES, 2021). En 2015, de las 7.392 atenciones por consumo de opiáceos (sustancias ilegales como la H) en el país, el 89% se concentró en la denominada Zona 8, que incluye Guayaquil, Durán y Samborondón. La mayoría de los pacientes reportados en esos cantones del Guayas tenía menos de 18 años. El año pasado, el 67% de los adolescentes que acudieron a centros de tratamiento ambulatorio en esas ciudades lo hicieron por consumo de drogas como la H. Actualmente, las autoridades indican que este narcótico está principalmente concentrado en la Zona 8.

d) Campo de estudio: las adicciones

El Informe Mundial de Drogas 2018 proporciona una perspectiva global sobre la oferta y demanda de opiáceos, cocaína, marihuana, estimulantes tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas (NSP), además de su impacto en la salud. Detalla los patrones de consumo de drogas y las vulnerabilidades de grupos específicos por edad y género, así como las dinámicas del mercado mundial de drogas. Entre los datos relevantes, el informe indica que unos 275 millones de personas en todo el mundo consumieron drogas al menos una vez en 2016, de las cuales alrededor de 31 millones padecen trastornos por consumo de drogas. El informe encontró que el consumo de drogas es más alto entre los jóvenes, siendo particularmente crítico el riesgo para aquellos entre 12 y 17 años. Aunque la mayoría de los usuarios de drogas indebidas son hombres, las mujeres presentan patrones específicos de consumo. La prevalencia de opioides y tranquilizantes no médicos es común en ambos géneros, pero las mujeres suelen iniciar el consumo y abuso en edades posteriores a los hombres. La marihuana fue la sustancia más consumida en 2016, con 192 millones de personas usándola al menos una vez durante ese año. El número global de usuarios de marihuana sigue aumentando, habiendo incrementado aproximadamente un 16% en la década hasta 2016, considerando el crecimiento de la población mundial.

El informe mundial del 2016 revelaba la existencia de las nuevas sustancias psicoactivas NSP llamadas ‘*drogas de diseño*’, las cuales al modificar estructuras químicas no constan en la clasificación y circulan en el mercado evadiendo el control de lo establecido en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 o de la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971,

este tipo de sustancias se incrementa de 66 en el 2014 a una gran variedad de 76 sustancias diferentes en el 2016, siendo esto una amenaza las políticas de las Américas. El informe 2018 indica que El Informe Mundial de Drogas 2018 ofrece una visión global sobre la oferta y demanda de opiáceos, cocaína, marihuana, estimulantes tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas (NSP), así como su impacto en la salud. Analiza los patrones de consumo de drogas y las vulnerabilidades de diferentes grupos según edad y género, además de las dinámicas del mercado mundial de drogas. Entre los datos destacados, el informe señala que alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo consumieron drogas al menos una vez en 2016, de las cuales aproximadamente 31 millones sufren trastornos por consumo de drogas. El informe revela que el consumo de drogas es mayor entre los jóvenes, con un riesgo especialmente crítico para aquellos entre 12 y 17 años. Aunque la mayoría de los usuarios de drogas indebidas son hombres, las mujeres muestran patrones específicos de consumo. Tanto hombres como mujeres tienen una prevalencia similar en el uso de opioides y tranquilizantes no médicos, pero las mujeres suelen comenzar a consumir y abusar de estas sustancias a edades más tardías que los hombres. La marihuana fue la droga más consumida en 2016, con 192 millones de personas usándola al menos una vez ese año. El número global de usuarios de marihuana sigue aumentando, habiendo crecido aproximadamente un 16% en la década hasta 2016, considerando el aumento de la población mundial.

Ecuador presenta características únicas en relación con el problema de las drogas, tanto por la magnitud del problema como por sus consecuencias personales, sociales y económicas. Lo que antes era considerado un problema personal, legal y policial, ahora se ha transformado en un asunto de salud pública. En este contexto, las drogas tradicionales están siendo reemplazadas por nuevas sustancias psicoactivas, como las drogas de diseño, entre las cuales se incluye la "H" o "Hache".

El IV Estudio Nacional sobre el uso de drogas en población de 12 a 65 años, realizado por el CONSEP en 2016, indica que las drogas más accesibles para los estudiantes de 12 a 17 años son las bebidas alcohólicas, el cigarrillo, la marihuana, la cocaína y la pasta base. La prevalencia es mayor entre los hombres que entre las mujeres, en las zonas urbanas comparadas con las rurales, en los sectores suburbanos frente a los barrios residenciales, en los colegios públicos en comparación con los privados, en la región Costa respecto a otras regiones administrativas del Ecuador, y en Guayaquil respecto a otras ciudades. Según estadísticas no oficiales, las sustancias psicoactivas más accesibles entre los adolescentes son la marihuana (15%) y la "H" (8%). La edad

promedio en que los menores comienzan a consumir algún tipo de droga es de 14,3 años, con el primer contacto a los 13,8 años. El 46% considera que esta sustancia circula en su centro educativo y el 48% la consigue alrededor del colegio (CONSEP, 2016).

Datos recogidos en medios de comunicación escrita indican que la "H" apareció en Ecuador en 2013. Sin embargo, se sabe poco sobre las nuevas sustancias psicoactivas, incluida la "H" o "Hache", en el país. No hay información científica y estadística oficial, ni programas adecuados ni personal médico-psicológico capacitado para enfrentar las consecuencias de estos nuevos estupefacientes. Esto presenta graves desafíos para las autoridades gubernamentales, sanitarias, educativas, de seguridad y para las familias.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización de los Estados Americanos (OEA) han renovado un memorando de entendimiento para mejorar la capacidad de los países de la región en responder a las necesidades de la población afectada por el problema de las drogas desde una perspectiva de salud pública. Este acuerdo establece que, aunque la urbanización creciente facilita el acceso a servicios, comercio y oportunidades de empleo, también puede asociarse con patrones de consumo y estilos de vida no saludables, incluyendo el abuso de drogas y el deterioro de las redes sociales de apoyo.

Estos organismos internacionales proponen que, para abordar el uso problemático de sustancias psicoactivas, los sistemas de salud pública de los países deben intervenir sobre sus determinantes sociales. Esto incluye promover estilos de vida saludables, evitar o retrasar el inicio en el uso de drogas, mitigar los efectos adversos del consumo, y proporcionar tratamiento y rehabilitación a los usuarios problemáticos. Además, se enfatiza la importancia de la reintegración plena de las personas afectadas mediante intervenciones eficaces y dentro de un marco que proteja sus derechos fundamentales.

El Programa sobre Uso de Sustancias de la OPS y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA coordinarán actividades junto con los ministerios de salud, comisiones nacionales de drogas y representantes de la sociedad civil, entre otros socios.

En 2012, la OPS y la OEA establecieron un Programa Regional Conjunto de Cooperación en Reducción de la Demanda de Drogas. A través de este programa, se llevaron a cabo actividades de fortalecimiento institucional, capacitación y asistencia técnica para los países de las Américas. El Programa Conjunto ha promovido la inclusión de componentes de salud pública en las políticas nacionales para reducir la demanda de drogas en la región. Además, en el marco de esta cooperación, se han dado pasos para fortalecer las capacidades de los países en cuanto a recursos humanos y sistemas de información sobre drogas y su impacto en la salud.

El enfoque de salud pública en las políticas sobre drogas lleva implícito el análisis del problema y de sus determinantes, pero también implica la organización de las respuestas desde los sistemas y servicios de salud, con una aproximación colectiva y un enfoque centrado en la persona y en su círculo cercano, el que se puede ver afectado, de manera directa o indirecta, por el uso de sustancias psicoactivas.

En el ámbito de las políticas de drogas, la reducción de la demanda se refiere a un conjunto de estrategias orientadas a prevenir o retrasar el inicio del consumo de sustancias y mitigar sus consecuencias negativas tanto para la salud como para la sociedad. Estas estrategias incluyen intervenciones de prevención, detección temprana, reducción de daños, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

La OPS, como agencia especializada en salud del sistema interamericano, colabora con los países de las Américas para mejorar la salud y la calidad de vida de sus habitantes. Fundada en 1902, es la organización internacional de salud pública más antigua del mundo y sirve como la oficina regional de la OMS para las Américas.

La Constitución de la República de Ecuador de 2008 reconoce las adicciones como un problema de salud pública y prohíbe su criminalización, estableciendo un principio fundamental para abordar las adicciones y las fobias que afectan la capacidad crítica de la sociedad, promoviendo así una cultura de solidaridad e inclusión social (Asamblea Nacional, 2008).

La importancia de realizar un análisis multifactorial de los factores que influyen en el abuso de sustancias en adolescentes para aplicar intervenciones y tratamientos integradores se destaca en el estudio de Cango y Suárez (2021) en una Unidad Educativa de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas. Este estudio resalta la alta vulnerabilidad socioeconómica de los estudiantes y el uso de drogas como una forma de evasión de problemas familiares. Los resultados coinciden con la investigación de Guillén y Nascimento (2010) en Guayaquil, que identificó tres temas principales en adolescentes consumidores de drogas: la falta de apoyo familiar, la influencia del entorno inmediato y el desconocimiento de los efectos a largo plazo del consumo de drogas. Este último factor también se observó en la investigación de Sarduy Lugo et al. (2020) en la provincia de Santa Elena, donde los adolescentes mostraron una baja percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias, subrayando la necesidad de crear conciencia sobre el daño potencial para este grupo vulnerable.

Los planteamientos anteriores subrayan la necesidad de una intervención que permita a los adolescentes consumidores acceder a estrategias terapéuticas personalizadas y efectivas. Diseñar un plan terapéutico para la adicción a las drogas en adolescentes es viable porque aborda las vulnerabilidades a largo plazo (salud física, emocional y mental), considera la influencia del entorno, se enfoca en la intervención temprana y adopta un enfoque multidisciplinario para el tratamiento.

Problema de Investigación

El consumo de sustancias psicoactivas data de tiempos inmemorables en todas las épocas y culturas. Sin embargo, hoy en día, se ha convertido en un problema de salud pública y político que afecta a diferentes poblaciones a nivel mundial. Las sustancias psicoactivas (SPA) en general alteran las condiciones físicas o químicas del organismo mediante una acción directa sobre el sistema nervioso central, modificando su estructura y funcionamiento (OMS 2002). Este problema se debe a que la adicción es un estado psicofísico caracterizado por el uso repetido de una o varias sustancias psicoactivas, lo que provoca que el consumidor esté periódica o permanentemente intoxicado (Siegel, 1983; Seguel, 1994). Entre las dificultades de salud física asociadas al consumo de drogas se encuentran diversas enfermedades, como cirrosis, daños cerebrales, enfermedades

cardíacas y pulmonares, deterioro de los dientes y las encías, enfermedades de transmisión sexual como VIH y hepatitis-B por agujas compartidas, y cáncer (Fagerström, Pomerleau, Giordani & Stelson, 1994; ONUSIDA, 2014).

Adicional, una persona que consume sustancias psicoactivas puede experimentar problemas mentales como esquizofrenia, demencia, depresión y disminución de los procesos psicológicos superiores, lo que provoca un cambio significativo en su manera de pensar. Esto también afecta la conciencia del individuo (Pérez, 2000) y tiene efectos en su comportamiento (Parrott, Morian, Moss & Scholey, 2004). Becoña y Vázquez (2001), Pérez (1999, 2000) y la OMS (2004) coinciden en que el consumo de drogas puede manifestarse de manera experimental, social, regular, intensa y compulsiva.

El consumo continuo, intenso y compulsivo lleva a la alteración de la orientación espacio-temporal, afecta la vida, el contexto socio-familiar, la estabilidad de sus relaciones afectivas, el empleo y un elevado tiempo de ocio, además de influir en su autoconcepto y el nivel de autoreferencia que obtiene de su entorno (Andrade y Ocampo, 2010).

El uso de drogas tiene un carácter multifactorial, atribuido a diversas causas familiares, biológicas, culturales, sociales y/o psicológicas, que se interrelacionan o influyen mutuamente. El modelo de influencia triádica, propuesto por Flay y Petraitis (1994), sugiere que las conductas relacionadas con la salud, como el abuso de sustancias, están controladas por decisiones o intenciones basadas en tres corrientes de influencia:

- a) Factores propios del ambiente y la cultura que inciden en las actitudes;
- b) Factores sociales contemporáneos que influyen en dentro de los procesos de aprendizaje social y en las creencias normativas;
- c) Factores internos, que influyen sobre la autoeficiencia.

Al respecto de los factores socio cultural, Andrade, Yepes y Sabogal (2012) mencionan que el consumo de alcohol puede estar ligado a aquellos factores sociales que se desarrollan en el medio

que se desenvuelve el sujeto, tales como son la tolerancia, la aceptación social y la fácil accesibilidad con la que pueden adquirir dicha sustancia.

Los consumidores de sustancias psicoactivas enfrentan riesgos directamente proporcionales a su baja percepción de la toxicidad de las drogas. Esto hace que su lenguaje, afectividad, intenciones, deseos y decisiones giren en torno al consumo de una o varias sustancias, lo cual impacta negativamente su proyecto de vida y agrava los motivos psicológicos asociados al consumo (Thompson, 2005; Fenzel, 2005; Andrade, 2011).

Andrade y Gonzáles (2012) sostienen que los factores situacionales contextuales revelan una estrecha relación entre la delincuencia juvenil y el consumo de sustancias psicoactivas. El tipo de delito que se comete suele estar vinculado al tipo de sustancia consumida y al nivel de adicción del individuo, los cuales alteran el comportamiento y conducen a actividades delictivas. Esto, a su vez, provoca una desorientación en la vida, afecta el contexto socio-familiar, la estabilidad de las relaciones afectivas, el empleo, y resulta en un mayor tiempo de ocio, además de impactar negativamente el autoconcepto y la autoreferencia provenientes del entorno (Andrade y Ocampo, 2010). Por esta razón, el consumo de drogas se convierte en un paliativo existencial que intenta mitigar los conflictos personales (endógenos) o familiares (exógenos).

Otro factor asociado son las crisis emocionales en la adolescencia y la juventud. Esta fase involucra un proceso de cambios que generan vulnerabilidad y predisposición al consumo, especialmente debido a los significativos cambios biológicos que marcan la madurez física y sexual del adolescente. Además, se producen cambios sociales, emocionales y cognitivos mientras el adolescente lucha por su independencia y avanza hacia la adultez (Papalia y Wendkos, 1998, citado en Camacho, 2008, p. 29).

Mariño, González y Medina (1999) indican que la falta de atención parental y las frecuentes discusiones familiares se han asociado con el consumo de drogas. Además, vivir en familias disfuncionales, con desempleo parental y experiencias de abuso y violencia intrafamiliar, actúa como un factor reforzador del consumo de drogas. Estos entornos están marcados por niveles altos de tensión y conflictos persistentes, lo que aumenta la vulnerabilidad en los lugares de residencia,

la falta de satisfacción de necesidades básicas, dificultades de acceso a la educación y mayores riesgos psicosociales en los contextos sociales (Dorius, Bahr, Hoffman, & Lovelady, 2004; Thompson, 2005).

El consumidor de sustancias psicoactivas experimenta cómo la droga se convierte en el foco principal de su vida, lo que puede llevar a la exclusión social, el abandono y la ruptura de los lazos familiares, además de afectar negativamente la vida de quienes están cercanos a él (Andrade, 2010; Andrade y Ocampo, 2010).

Según el más reciente reporte de la Organización de Estados Americanos (OEA), se subraya la importancia de desarrollar políticas públicas efectivas, adecuadamente ejecutadas y con criterios de evaluación transparentes, para lo cual es crucial disponer de información actualizada tanto cualitativa como cuantitativa.

Es necesario un modelo de intervención que considera estas características personales, familiares, sociales y contextuales del sujeto que consume, reconocer la fuerza de la influencia social de pares al interno del contexto escolar, su condición del autoestima y otros factores personales a desarrollar para afrontar la presión social frente al consumo de drogas y de manera específica al consumo de la droga “H”, así mismo, estrategias para afrontar la relación ambivalente de riesgo y protección del sistema familiar.

a) Plan de trabajo:

El cronograma de intervención psicosocial corresponde a los tiempos establecidos para poder alcanzar las metas y los objetivos planteados, de acuerdo con la disponibilidad de los usuarios y los tiempos permitidos en los espacios contemplados, por lo que se podría dividir en:

Mes 1-2: Evaluación y Diagnóstico

- Realizar evaluaciones individuales para determinar el nivel de consumo de drogas.
- Identificar factores de riesgo y protección.
- Desarrollar un plan de tratamiento individualizado.

Mes 3-4: Educación y Concienciación

- Realizar talleres educativos sobre los efectos de las drogas.
- Fomentar la concienciación sobre las consecuencias del consumo de drogas.

Mes 5-6: Desarrollo de Habilidades

- Enseñar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.
- Fomentar habilidades sociales y de comunicación.

Mes 7-8: Terapia Grupal e Individual

- Realizar sesiones de terapia individual y grupal.
- Trabajar en metas personales y discutir progresos y desafíos.

Mes 9-10: Apoyo Familiar

- Involucrar a las familias en el proceso de tratamiento.
- Realizar sesiones de terapia familiar.

Mes 11-12: Seguimiento y Evaluación

- Realizar seguimientos regulares para evaluar el progreso.
- Ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.
- Planificar el apoyo continuo después de la intervención inicial.

PREGUNTAS, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Preguntas

Nuestra pregunta de investigación es: *¿Qué características poseen los adolescentes consumidores que funcionen como pautas para la creación de intervenciones efectivas ante los casos de consumo de “h” en la adolescencia?* Y la desglosamos en las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el factor o son los factores por el cual los adolescentes en Guayaquil consumen drogas, en especial la conocida como “H” (heroína)?
- ¿Qué consecuencias sociales y de salud tiene el consumo de esta droga en los adolescentes de Guayaquil?
- ¿Existen factores de riesgo social que alienten a los adolescentes a consumir esta droga?

- ¿Cómo se expresa el consumo de esta droga con respecto a la edad y sexo/género?
- ¿Una vez que se consume esta droga, con qué frecuencia se produce el uso de droga por parte de los consumidores? ¿Qué lugares específicos considerados para el consumo de esta droga?
- ¿Cuáles las propiedades químicas y/o psicotrópicas de la droga considerada como “H”?
- ¿Cómo impactará la eficacia del tratamiento ambulatorio para adolescentes que consumen droga un modelo de intervención psicosocial que reconoce al sujeto como activo y protagonista de su desarrollo ante las circunstancias sociales e históricas?
- ¿Cómo impactará la deserción de adolescentes que asisten a un programa ambulatorio emplear técnicas integradoras y estrategias interdisciplinarias e interinstitucionales de un modelo psicosocial?

Hipótesis

a) Hipótesis relacionadas con el estudio 1

- H1. Las variables sociodemográficas de los adolescentes consumidores atendidos en el CDID indican variaciones en el consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo a su estrato sociodemográfico
- H2. Los factores causales al consumo de drogas como menores factores de protección en los adolescentes atendidos en el CDID tienen consecuencias directas en un mayor consumo de sustancias psicoactivas.
- H3. Las condiciones sociodemográficas y los factores de riesgo más agresivos indican un mayor consumo de y efectos más fuertes en los adolescentes atendidos en el CDID.

c) Hipótesis relacionadas con el estudio 2

- H4. Los factores de riesgo como agresividad, depresión o afrontamiento son más frecuentes en adolescentes consumidores clínicos que en los sanos.
- H5. Los factores familiares en disfuncionalidad son factores de riesgo que indican un mayor consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes atendidos en el CDID
- H6. Los adolescentes que están dentro de los niveles clínicos presentan factores de riesgo en tanto su percepción personalógica como en su evaluación familiar en contraste con aquellos que son considerados sanos.

Objetivos

a) Objetivo General:

- Implementar un modelo de intervención psicosocial para adolescentes consumidores de “H” de la ciudad de Guayaquil.

b) Objetivos específicos:

Objetivo 1: Caracterizar la situación de consumo de sustancias psicoactivas de adolescentes atendidos en el CDID.

Objetivo 2: Describir los factores causales, consecuencias, protectores y de riesgo al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes consumidores.

Objetivo 3: Determinar relaciones entre variables sociodemográficas, factores protectores, de riesgo y efectos del consumo de drogas.

Objetivo 4: Evaluar factores de la personalidad, afrontamiento y autoestima en adolescentes consumidores y sanos.

Objetivo 5: Analizar los factores familiares, funcionalidad, características de riesgo en los adolescentes provenientes de sectores de alto riesgo de consumo.

Objetivo 6: Determinar la interacción los factores personales y familiares con el consumo de drogas.

METODOLOGÍA, TÉCNICAS Y FUENTES

Metodología

En este estudio se pretende recopilar información de experiencias previas que permitan caracterizar los causantes, factores y consecuencias del consumo de droga en adolescentes y de manera específica de una droga de elaboración química que no consta en la clasificación conocida como “H”, de esta manera tendemos a conocer e identificar cualidades del objeto de estudio principal que es el consumo de drogas en adolescentes. De acuerdo a esto, se abordará el problema y logro de los objetivos aplicando una metodología mixta, en la cual los datos cuantitativamente obtenidos se transformarán en cualitativos y viceversa, para explicar la realidad estudiada; se utilizarán técnicas cualitativas y cuantitativas en diferentes momentos de la investigación, sin considerar la idoneidad de la metodología y sus instrumentos para recoger información y procesamiento.

La metodología cuantitativa plantea Sampieri et al. (2014) comprende un proceso secuencial partiendo desde el planteamiento de la idea y la revisión de literatura correspondiente para generar una hipótesis de investigación. La recolección de datos se desarrolla con técnicas estandarizadas analizadas con métodos estadísticos, considerando la objetividad del investigador; y el análisis de los resultados se hace para contrastar la hipótesis inicial y generar resultados que puedan replicarse a una colectividad mayor.

Mediante la metodología cualitativa se plantea analizar la perspectiva de cada individuo en cuanto a la problemática que se presenta y se analiza brindar un espacio donde la narrativa personal de cada uno que conforma la muestra, teniendo en consideración los criterios de inclusión, pueda conferir mediante la codificación, categorías y características de aquellos elementos que interactúan interna y externamente con la persona. (Flick, 2015) Es así como se busca el planteamiento de un diseño que contemple la relación del individuo frente a su experiencia personal y los rasgos de grupo.

La metodología mixta representa la combinación de las perspectivas de análisis cuantitativo y cualitativo en un mismo estudio. Se utiliza cuando las preguntas de investigación son complejas, por lo cual se da la combinación de métodos para darle profundidad al análisis y comprender de mejor manera los procesos, sean de índole educativa, de la salud o psicosocial (Johnson & Onwuegbuzle, 2004). Además, este tipo de investigación con metodología mixta tiende a veces en un continuo que va desde los diseños no mixtos (monométodos) hasta la metodología completamente mixta, con diseños parcialmente mixtos que ocupan regiones en algún lugar entre los diseños monometódicos y completamente mixtos (Hamui-Sutton, 2013).

Ambas ramas consisten en que los monométodos se refieren al uso exclusiva de una de las técnicas de investigación cuantitativas o cualitativas de un estudio, y cuando ya se deben considerar ambas técnicas, esta deja de ser considerada monométodo, el cual ya se considera como nivel de estudio con metodología parcial o totalmente mixta (Leech, Onwuegbuzle, 2007). Con ello, la metodología de investigación mixta logra una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno, objeto, situación o problemática la cual se da el enfoca en nuestra investigación, como la

producción de datos más eficientes, observaciones con mayor veracidad, análisis con mayor profundidad, indagaciones e inferencias con mayor grado científico, etc.(Cedeño, 2012).

Los diseños de metodología totalmente mixta representan el más alto grado de combinación de métodos de investigación. Esta clase de investigación mixta implica el uso de la investigación y análisis cuantitativo y cualitativo dentro de uno o más componentes en un estudio investigativo que se detallan a continuación:

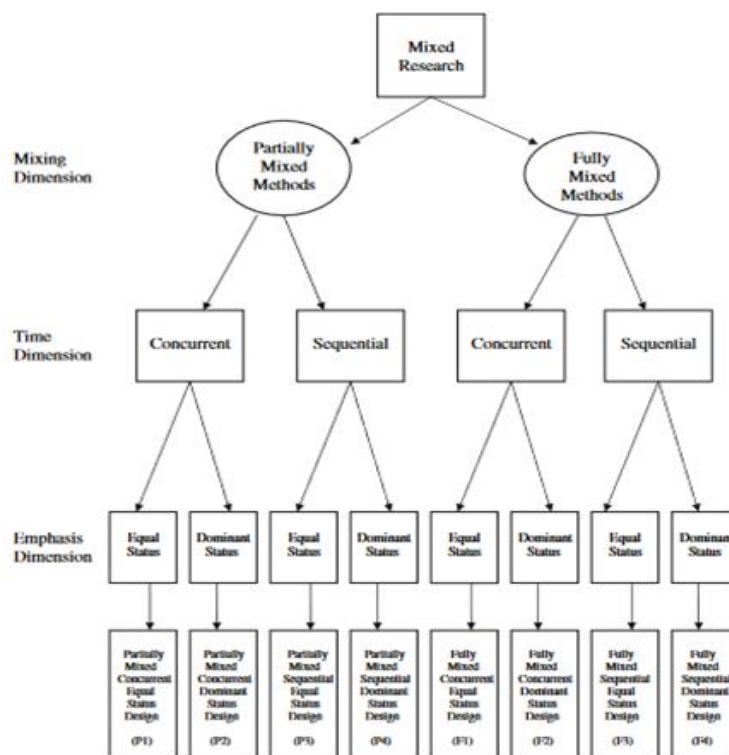
- a. Objetivo de investigación
- b. Tipo de datos y operaciones
- c. Tipo de análisis
- d. Tipo de inferencia

Cuando un investigador realiza un estudio de metodología mixta, se utiliza los métodos de investigación cualitativos para una fase de un estudio de investigación y, por otro lado, métodos de investigación cuantitativos para la otra fase del estudio de investigación. Por lo tanto, se realizan un estudio de investigación cualitativo y cuantitativo de forma simultánea o secuencial. La principal diferencia entre los métodos parcialmente mixtos y los totalmente mixtos es que, mientras que los métodos totalmente mixtos implican combinar técnicas cuantitativas y cualitativas en una o más etapas del proceso de investigación o mediante estas etapas, con los métodos parcialmente mixtos, cuantitativa y cualitativa no se mezclan dentro o entre etapas de la investigación. En cambio, con los métodos parcialmente mixtos, los elementos cuantitativos y los cualitativos se realizan de forma simultánea o secuencial antes de mezclarse en la etapa de interpretación de los datos.

Una descripción más ampliada de la metodología lo encontramos en la Figura 1.1, el cual nos clasifica la metodología mixta con los parámetros de uso parcial y total, o una tipología de la metodología en sí. Esta tipología determina que en ambas clasificaciones se realizan investigaciones cuantitativas o cualitativas de forma secuencial o simultánea, además, se enfocan investigaciones en un tema que sea el dominante, primordial ante el resto de los temas de investigación, de carácter equitativo en todos los temas de investigación. Todos estos parámetros se usan para realizar la investigación en método mixto.

Ilustración 1

Topología de la metodología de investigación mixta (Leech, Onwuegbuzle, 2007)



Nota: Métodos de investigación, tomado de Onwuegbuzle. 2007.

Según Fernández (2002 como se citó en Durán, 2009), el método mixto no puede ser separado de los enfoques cuantitativo y cualitativo por varias razones, entre ellas que sus similitudes son mayores que sus diferencias, considera que ambas metodologías han evolucionado y actualmente comparten valores fundamentales como el supuesto de que la realidad tiene un aspecto construccionista, la fiabilidad del conocimiento y la premisa de que la teoría se basa en los hechos.

La implementación de la metodología mixta para Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) debe comprender la integración de componentes de ambos métodos para aportar nuevas ideas en el ámbito trabajado, tratando de entrelazar y fortalecer la implementación de ambas metodologías, minimizando las debilidades de la investigación. Resultando en una perspectiva más enriquecedora y detallada sobre el fenómeno de investigación.

El paradigma dominante es interpretativo y transformador porque se dará relevancia a los contenidos de la experiencia y participación de los involucrados y la relación entre teoría y praxis. Se aplicará la Etnografía, Trabajo de campo en el proceso de Investigación Acción-Participante (IAP); de esta manera lograr interpretar y transformar. Aunque este estudio está inserto mayoritariamente en procesos de análisis cualitativo, si requiere de lo descriptivo y explicativo para lograr determinar las características del objeto de estudio.

La Etnografía se describe como un estudio descriptivo de las costumbres y tradiciones de los pueblos o grupos sociales, acorde a la definición de la Real Academia Española (RAE), además, se enfoca más en la descripción de dicho grupo el cual se va a investigar. Además, esta ciencia se ha interpretado como un método simple, una descripción del objeto estudiado, donde los datos se recolectan de cualquier manera, sin la necesidad de un proceso específico. La simplicidad de este método se ha llevado a la práctica en disciplinas como la antropología, la sociología, entre otras, homologándola con la acción participante y excluyendo otras técnicas que cobran importancia en la puesta en práctica de la etnografía (Pérez Gómez, 2012).

Considera aspectos importantes descritos en temas más específicos como “la caracterización e interpretación de pautas de socialización, la construcción de valores, el desarrollo y las expresiones de la competencia cultural, entre otros.” (Sandoval, 2002, p.61). Tanto así que mediante la exploración de datos que no han sido codificados se plantea comprender la relación de la persona en su ambiente.

Dicho enfoque de exclusividad por un grupo de individuos o social es la causal el cual se menciona esta definición para clasificar al público de interés a investigar, es decir, a los adolescentes afectados por el consumo de drogas.

Se menciona además un enfoque de Investigación Acción Participativa (IAP), que esta conceptualizado como un proceso por el cual miembros de un grupo de investigación recolectan y analizan información acerca de una problemática del grupo en cuestión en tema social, y busca actuar sobre dicha problemática con el propósito de encontrar y formular soluciones y promover transformaciones políticas y sociales (Balcázar, 2003). La definición anterior implica lo siguiente.

- Primero, se realiza un enfoque de un grupo o comunidad oprimida o de menor estrato social, el cual implica una caracterización de ignorancia deliberada hacia estos grupos sociales por parte de autoridades o de un grupo “superior” en cuestión, además de tener intenciones de resistencia a tal opresión.
- Segundo, los participantes, independientemente de su grado de educación y posición social, contribuyen en forma activa al proceso de investigación (Balcázar, 2003).
- Tercero, la investigación debe estar comprometida a generar acciones de transformación de la realidad social de las personas involucradas, es decir, propuestas o generación de soluciones para aquellos grupos ignorados u oprimidos en base a la investigación dada en dichos grupos.

Por ello, para nuestro grupo enfoque, los adolescentes afectados por el consumo de drogas, se debe realizar este tipo de investigación más la generación de alternativas para apoyar a este grupo social vulnerable.

En el enfoque IAP hay que destacar que la comunidad toma un papel fundamental en la investigación; delimitando los aspectos a investigar e intervenir y tomando autoridad de los recursos que poseen de manera innata. El profesional pasa a tener el rol de facilitador en la comunidad para promover las acciones de cambio. (Santiago et al., 1983, como se citó en Vera et al., 2009).

El diseño de este estudio es no experimental porque no se someterá ninguna variable a control, es transversal porque se ha determinado analizar a adolescentes que han sido atendidos desde 2013 al 2015. Los diseños no experimentales son usados para describir, diferencia y examinar relaciones en la información a investigar, en lugar de buscar asociaciones directas entre variables, grupos o situaciones. Dentro de este diseño, no abarcan las tareas aleatorias, grupos control, o la manipulación de variables, ya que dentro de este modelo solo se utiliza la observación principalmente (Sousa, Driessnack, & Costa Mendes, 2007).

Dentro del diseño no experimental tenemos una clasificación acorde a los datos que son recolectados en el tiempo, estos pueden ser transversal o longitudinal, o de acuerdo con la época del evento o suceso de estudio, que pueden ser retrospectivo o prospectivo. El enfoque del estudio se centra en el estudio transversal mencionado anteriormente, el cual consiste en que las variables sean identificadas en un punto en el tiempo y las relaciones entre las mismas sean determinadas.

En este caso, las variables deben ser en las atenciones que recibieron los adolescentes afectados durante los años 2013 al 2015.

En una segunda fase si se someterá el estudio a un pilotaje, con un diseño del modelo de intervención psicosocial se aplicará el mismo a una muestra que cumpla con criterios de inclusión del tipo de adolescente de acuerdo con el resultado que arroje la sistematización de la experiencia previa.

La investigación responderá a las hipótesis planteadas de cuyos resultados logrados serán contrastados para comprobar su validez y responder a las mismas. Al mismo tiempo, nos aproximamos a comprender las características de causas y otros factores que influyeron en el consumo de drogas en adolescentes, se ira evaluando la intervención realizada.

El análisis cualitativo será de los resultados de las entrevistas y grupos focales a adolescentes, familias y profesionales; y el cuantitativo por cuestionario de satisfacción al usuario y el cuestionario que caracterice a la población y factores del consumo.

Ficha Técnica:

- *Muestra:* Adolescentes consumidores de drogas derivados de los colegios fiscales de la Zona 8 que fueron atendidos en el centro de atención psicológica de la Universidad de Guayaquil, 2013-2015.

- *Convocatoria de la muestra:* Se establecerá contacto telefónico con los usuarios y usuarias para invitarles a la participación de la investigación y se solicitará el consentimiento informado (en el que se indicará que los datos se tratarán de manera anónima).

- Las metodologías a emplear para este estudio tenemos el teórico, empírico y de profesión. Cada metodología se subclasifica en varios procesos acorde al tipo de investigación que se va a realizar.

Los enfoques teóricos de investigación se emplean para estructurar el diseño investigativo a partir del estudio del problema científico, la interpretación de los datos observados y la formulación de conclusiones y recomendaciones correspondientes. En toda investigación educativa, estos métodos requieren una coherencia con los fundamentos teóricos subyacentes, lo que implica que el investigador debe estar atento y comprometido con este aspecto (Ortiz, 2012). Los métodos teóricos de investigación se categorizan en diferentes tipos: análisis-síntesis, histórico-lógico, inductivo-deductivo, modelación y elevación de lo abstracto a lo concreto, cada uno de los cuales se aplicará en el contexto de esta investigación.

- *En el Análisis-Síntesis*, los dos procesos complementarios de análisis y síntesis funcionan de manera integrada: mientras el análisis descompone un componente o estudio en sus partes individuales, cualidades, relaciones, propiedades y elementos constitutivos, el proceso de síntesis inverso combina estas partes previamente analizadas para deducir relaciones y características generales entre los elementos de estudio. En resumen, el análisis consiste en la síntesis de las características de cada parte del estudio, y la síntesis se basa en los resultados del análisis (Tamayo, Roca, & Nápoles, 2017). En este estudio, se aplicará este enfoque para revisar la literatura relacionada con el objeto y campo de estudio, adoptando definiciones pertinentes para nuestra investigación. Además, se utilizará este método para sintetizar la propuesta teórica del enfoque histórico-cultural y personológico, cuyos principios orientarán la fundamentación teórica de la intervención psicosocial.

- *Para en proceso Histórico-lógico*, se examina la evolución real del objeto de estudio a lo largo del tiempo, considerando sus influencias sociales, económicas y políticas en diferentes períodos. Esto implica una interpretación lógica de este registro histórico con el propósito de extraer conclusiones fundamentadas, destacando la esencia de los detalles históricos mediante un análisis lógico. Este enfoque busca evitar el razonamiento especulativo, basándose en hechos científicos establecidos durante la investigación. En el contexto de este estudio particular, se analizarán los modelos de intervención implementados en la Zona 8 (Guayas) y la experiencia acumulada desde 2013 hasta 2015 en el CDID.

- *En el proceso Inductivo-deductivo*, el método implica la combinación de procesos inversos de inducción y deducción, donde ambos se complementan entre sí. La inducción consiste en generalizar a partir de observaciones comunes en los casos de estudio, mientras que la deducción utiliza esta información para derivar conclusiones lógicas y alcanzar generalizaciones. De este modo, forman una unidad dialéctica en el análisis (Tamayo, Roca, & Nápoles, 2017). Este enfoque permitirá en el estudio evaluar las opiniones de adolescentes, familias, docentes, autoridades, profesionales de centros de rehabilitación y otros involucrados en esta problemática, acerca de la metodología de intervención y determinar patrones recurrentes.

El proceso de modelación implica la creación de un objeto abstracto que captura los rasgos esenciales del objeto real, facilitando así la explicación de sus características y particularidades. Además, permite descubrir nuevas relaciones y regularidades que podrían no ser evidentes en un análisis inicial (Rodríguez & Pérez, 2017). Este enfoque es crucial para determinar las cualidades esenciales que una intervención debe poseer para mitigar la vulnerabilidad y los problemas asociados al consumo de drogas en la comunidad adolescente. Es fundamental que la modelación adopte un enfoque sistemático.

- *Por último*, en el proceso de elevación de lo abstracto a lo concreto implica identificar elementos que se repiten en todos los niveles. Este proceso refleja cómo el conocimiento científico se desarrolla y transforma. Conduce a la formación de dos niveles: el conocimiento concreto y perceptible, y el conocimiento abstracto basado en la razón o la lógica. En el *primer nivel*, se representa la realidad a través de percepciones y representaciones, mientras que en el *segundo nivel* se emplean procesos lógicos como el análisis y la síntesis para comprender la esencia y las conexiones internas de los objetos y fenómenos (Quesada Somano & León, 2020).

Este enfoque dialéctico estará presente a lo largo de toda la investigación, donde se parte de la práctica concreta, se avanza hacia el pensamiento abstracto, y luego se vuelve a la práctica, pero en un nivel superior.

Los métodos empíricos se fundamentan en la experiencia directa con la realidad, utilizando la experimentación y la lógica como bases principales. Estos métodos, junto con la observación de fenómenos y el análisis estadístico, son ampliamente utilizados en diversas ramas de las ciencias

sociales y en la investigación científica de las ciencias naturales (Hernández, Arguelles, & Palacios, 2011). Dentro de esta metodología, tenemos tanto una clasificación que se basa como los métodos fundamentales y los complementarios, que en todos ellos se da el proceso de observación.

La observación es un proceso riguroso que consiste en la percepción directa del objeto de investigación y permite conocer, de manera efectiva, el objeto de estudio para la descripción y el análisis posterior de las situaciones acerca de la realidad estudiado en nuestro enfoque de investigación (Hernández, Arguelles, & Palacios, 2011). Dicho esto, dentro del proyecto se utilizará la observación para obtener información básica de evaluación de la situación inicial de la problemática en cuestión, y la intervención posterior hacia estos grupos vulnerables focalizados.

Método clínico

El método clínico permite profundizar en el análisis de las distintas características que conforman los factores internos y externos que afectan al individuo; determinando la evaluación y el diagnóstico como momentos claves para futuras intervenciones. Es así que Fernández-Ballesteros (1999) considera que el estudio científico del comportamiento para el proceso de evaluación psicológica se lleva a cabo con la finalidad de “describir, clasificar, predecir (...), explicar y controlar la conducta” (Fernández-Ballesteros, 1999).

Para Iglesias et al. (2021) destacan la importancia de emplear diversos métodos como la entrevista, instrumentos de evaluación estandarizados, autorregistros, entre otros., para procurar recopilar la mayor cantidad de información en cuanto a aspectos relacionados a:

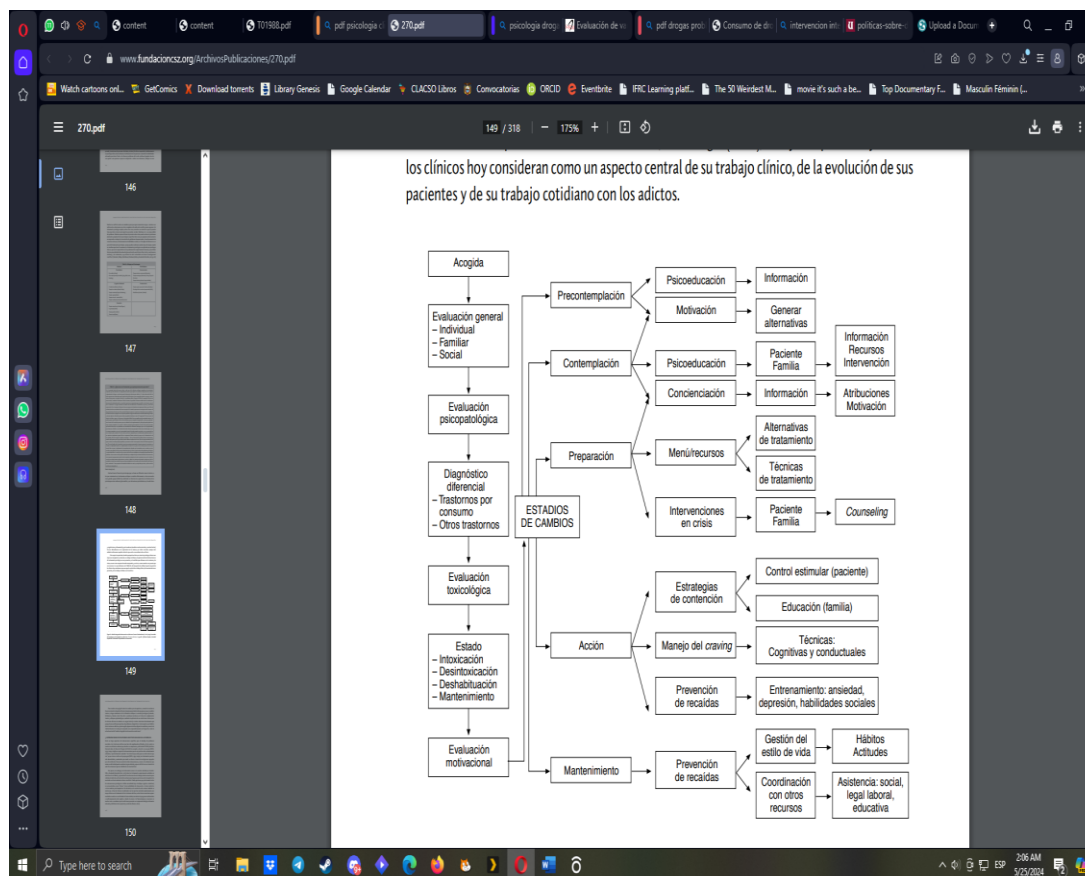
1. Aspectos del nivel de gravedad de la conducta adictiva reflejados en un período prolongado en el tiempo, tomando como referencia los manuales estandarizados (CIE 11, DSM V, GLAP, entre otros) según la aplicación en el campo profesional regional.
2. En base a guías estandarizadas (CIE 11, DSM V, GLAP, etc.) determinar los problemas agudos en estadio de intoxicación o abstinencia.
3. Asociar los rasgos asociados a trastornos psicopatológicos, trastornos mentales y trastornos comórbidos al abuso o dependencia de sustancias.
4. Estado psicológico del individuo.

5. Evaluación neuropsicológica.
6. Evaluación de los estadios de cambio. (Iglesias *et al.*, 2021)

Al obtener la información por los distintos métodos y técnicas de aplicación se procede la revisión, análisis y síntesis para determinar un proceso diagnóstico, donde se describirán los objetivos y limitaciones del plan terapéutico, tomando en consideración los recursos, fortalezas y debilidades del sujeto al elegir la mejor opción de tratamiento. Durante el proceso de tratamiento se mantendrá la evaluación directa o indirectamente para procurar el mayor beneficio terapéutico. Para un abordaje integrador de la persona con problemas de adicción, se toma en referencia el Modelo Integrado de Intervención de Sánchez-Hervás *et al.* (2004) donde plantea una visión amplia previo a una revisión de diversos modelos teóricos y prácticos: ‘se contempla todo el proceso de tratamiento: la acogida, las diferentes fases en la evaluación, y la integración de las distintas técnicas y procedimientos psicoterapéuticos en función del estado motivacional de los pacientes’ (Sánchez-Hervás *et al.*, 2004).

Ilustración 2

Modelo Integrado de Intervención en Adicciones.



Nota: Sánchez-Hervás, *et al.*, 2004, p. 149.

Es necesario tener en consideración el estadio de cambio de la persona, los recursos personológicos y del ambiente que posee para gestionar la ruta de intervención y plan terapéutico óptimo. Analizar las características de quienes recibieron un proceso de intervención beneficiará en distinguir los diversos factores (identificación de factores de riesgo y protección, evaluación de la eficacia de la intervención) que promueven un tratamiento exitoso y vislumbran la posibilidad de emplear el desarrollo de dichos factores en adolescentes que aún abusan de sustancias para enriquecer el plan de intervención, con el fin de maximizar su efectividad y alcanzar mejores resultados y adherencia al programa.

Técnicas

De acuerdo con la metodología habrá un momento cualitativo y otro cuantitativo. Para lo cualitativo se aplicará entrevistas y grupo focal a adolescentes, familias, profesionales que participaron de la experiencia en el centro que se brindó la atención a este grupo. Para lo cuantitativo un cuestionario validado de Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias, a través del *Treatment Perceptions Questionnaire*, se aplicará a adolescentes y familias al final de la intervención y 1 cuestionario a diseñar para describir factores que intervinieron en el consumo de drogas.

Instrumentos cuantitativos = encuesta y cualitativos = historia de vida, observación participante = etnografía

La entrevista a profesionales, estudiantes y familias para conocer la percepción sobre los cambios y los procesos de la intervención. La entrevista como herramienta cualitativa nos presenta un campo amplio para analizar el mundo del entrevistado por medio de situaciones y acciones específicas, siendo necesario registrar e interpretar lo descrito por las personas en lo explícito e implícito, tomando en cuenta lo expresado y los gestos corporales empleados (Kvale, 2011).

La entrevista individual semiestructurada busca tomar como base objetivos planteados previamente con el propósito que el investigador cubra los mismos temas con todos los sujetos, manteniendo espacio para que cada individuo pueda expresarse ampliamente (Sandoval, 2002). Se tomará en cuenta un diseño previo para cada grupo, siendo estos de profesionales, estudiantes y familiares, con la finalidad de generar conocimientos enriquecedores para el planteamiento de la investigación. Una vez recopilada la información se procederá al análisis, validez y fiabilidad para adquirir una perspectiva crítica del contenido.

a) *El cuestionario Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias*, a través del “Treatment Perceptions Questionnaire”, se aplicará a los y las adolescentes durante el proceso de intervención para conocer la satisfacción al programa.

El TPQ es un instrumento tipo cuestionario corto con una aplicación estimada de 3 minutos por individuo, conformado por ítems de respuesta tipo Likert partiendo desde ‘muy de acuerdo’ a

‘muy en desacuerdo’. Comprende dos ámbitos principales: Dimensión Equipo Terapéutico, describe la percepción de los usuarios sobre la naturaleza y la intensidad del contacto con el personal del programa; y la Dimensión Programa Terapéutico, abarca aquellos aspectos del servicio de tratamiento, su aplicación, reglas y normativas (Rodríguez et al., 2002).

La aplicación de una escala de satisfacción durante el proceso de intervención permite evaluar la interacción del adolescente con el staff y programa planteado, pues un usuario que no esté satisfecho tendría más probabilidades de abandonar el programa o presentar respuestas negativas en la aplicación del TPQ. Además, permite una comparación inter e intra-centros con la finalidad de procurar ajustar los objetivos, funcionamiento y servicios que se proveen según las necesidades de los adolescentes (Agrelo *et al.*, 2016).

b) *Escala de preparación para el cambio y ansiedad ante el tratamiento de Sócrates 8D* para los y las adolescentes al inicio y al final de la intervención. La Escala de Estados de la Disposición al Cambio (SOCRATES 8D) es una herramienta utilizada en el campo de la psicología y la salud para evaluar la disposición de una persona a cambiar su comportamiento con respecto al consumo de sustancias, como el alcohol o las drogas. Al analizar la conducta adictiva, se basa en el modelo Transteórico (MTT) de Prochaska y Di Clemente, describen cinco momentos que lo conforman:

1. *Precontemplación*: Los individuos no tienen la intención de cambiar su comportamiento en un futuro cercano. No reconocen o minimizan los problemas asociados con su conducta. Pueden buscar ayuda psicoterapéutica debido a la influencia de otros, pero solo considerarían cambiar si enfrentan una coacción significativa o una amenaza seria. Aunque pueden tener un deseo superficial de cambio, no lo contemplan como una opción seria.
2. *Contemplación*: Consideran que tienen un problema, pero no han decidido cambiarlo. Pueden quedarse en esta etapa durante bastante tiempo. Lidian con sus valoraciones positivas del comportamiento adictivo y gastan mucha energía y esfuerzo para superar el problema. Son personas que desean cambiar su comportamiento en los próximos seis meses.

3. *Preparación*: Planean tomar medidas el próximo mes y han intentado actuar sin éxito durante el año anterior. Han hecho pequeños cambios, como reducir el consumo de cigarrillos o limitar el consumo de alcohol a los fines de semana. Aunque han mejorado en algunos aspectos, aún no han logrado alcanzar la abstinencia completa.

4. *Acción*: La persona cambia su comportamiento mediante acciones visibles, dedicando una cantidad considerable de tiempo y energía. Este cambio debe mantenerse entre un día y seis meses, y debe incluir una abstinencia total de la sustancia.

5. *Mantenimiento*: Se enfoca en prevenir recaídas. Esta etapa comienza a partir de los seis meses desde que se dejó la conducta adictiva. (Mayor, 1995)

Durante estas etapas se tiene como base componentes motivacionales y cognitivos los cuales estarían relacionados con la toma de decisiones y la disposición al cambio que son necesarios evaluar para procurar un proceso de intervención exitoso (Martínez & Mansilla, 2009). Mayor (1995) destaca la importancia de tomar una acción según la etapa en la que se encuentre la persona adicta para así procurar aplicar procesos oportunos de psicoterapia, considerando que las personas recaen varias veces en las etapas antes de lograr un mantenimiento prolongado.

c) *Cuestionario: Índice Europeo de Gravedad* con su escala y perfil de gravedad se aplicará a los y las adolescentes al inicio y al final de la intervención.

El cuestionario ASI (Addiction Severity Index) fue desarrollado en Estados Unidos en la Universidad de Pensilvania en 1980 con la finalidad de evaluar información relevante de cada paciente en cuanto al abuso de drogas/alcohol para fines de derivación oportuna, planteamiento de tratamientos y de investigación (McLellan *et al.*, 1980). La adaptación en Europa (EuropASI) surge con el fin de comparar el perfil de pacientes con problemas de adicción de cuatro países europeos. Este instrumento toma en consideración seis áreas (Salud física, Empleo/Recursos, Drogas/Alcohol, Situación legal, Historia familiar, Relaciones familiares/Sociales, Salud mental) con una escala de autoevaluación en escala tipo Likert de 5 puntos.

El EuropASI es una herramienta es muy útil en investigación, ya que sus resultados pueden ser utilizados como variable dependiente para comparar diferentes pacientes. Es esencial en la práctica clínica, ya que permite un diagnóstico multidimensional de los problemas relacionados con las adicciones, evalúa su gravedad y los sitúa en un contexto bio-psico-social. Al proporcionar una visión detallada del paciente en diferentes ámbitos de su vida, facilita un diagnóstico integral y ayuda a planificar la intervención terapéutica más adecuada para cada individuo. (Bobes *et al.*, 2007)

Para la aplicación a adolescentes se empleará la versión modificada T-ASI desarrollado por Kaminer *et al.* (1993) el cual se compone de 7 áreas: Uso de sustancias, Estatus escolar, Empleo/soporte económico, Relaciones familiares, Relaciones con iguales/ sociales, Estatus legal, Estatus psiquiátrico; con opciones de respuesta de 5 puntos.

La selección y empleo de las alternativas de test ASI se determinará según los criterios de inclusión y exclusión una vez obtenida la respuesta de llamada de la muestra y se concrete el grupo con el cual se procederá durante la investigación.

- *Cuestionario FF-SIL* inventario de riesgo y percepción de riesgo familiar se aplicará a las familias de los y las adolescentes.

El cuestionario FF-SIL (Cuestionario de Funcionamiento Familiar, Estilo y Circunstancias de Vida) desarrollado en Cuba por Pérez González *et al.* (1997) es una herramienta diseñada para analizar distintos aspectos de la funcionalidad familiar y las circunstancias de vida de las personas que la conforman para recopilar información sobre los factores que pueden influir en el bienestar psicológico y emocional de los individuos. Teniendo como características ser de fácil comprensión y aplicabilidad para el equipo primario de salud, es empleable en una población a partir de los ocho años de edad. Se considera en cuanto al análisis de la dinámica familiar (Pérez González *et al.*, 1997):

- *La cohesión*: se refiere a la conexión física y emocional dentro de la familia cuando se trata de diferentes circunstancias y se toman decisiones relacionadas con las actividades diarias.
- *Comunicación*: los miembros tienen la capacidad de expresar sus experiencias y conocimientos de forma clara y contundente.
- *Armonía*: se refiere a la concordancia entre los intereses y necesidades de cada miembro de la familia, logrando un equilibrio emocional positivo.
- *Adaptabilidad*: incluye la capacidad de ajustar la estructura de autoridad, las relaciones de rol y las normas familiares según sea necesario en respuesta a situaciones cambiantes.
- *Afectividad*: la capacidad de los miembros para experimentar y expresar positivamente sus sentimientos y emociones entre sí.
- *Roles*: cada miembro desempeña las responsabilidades y funciones acordadas dentro del núcleo familiar.
- *Permeabilidad*: se refiere a la capacidad de una familia para intercambiar experiencias con otras familias e instituciones, tanto en la admisión como en el seguro.

Además, como parte del cuestionario FF-SIL se puede apreciar de manera global la puntuación correspondiente a una escala ordinal por medio de categorías de positivo a negativo: Funcionamiento funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional.

Analizar los puntos de vista individuales de cada miembro de la familia es fundamental para comprender completamente la dinámica familiar, identificar necesidades específicas, descubrir diversas causales o afectaciones, mejorar la comunicación y diseñar un plan de intervención que promueva el bienestar de todos los involucrados.

d) *Grupo de discusión para adolescentes, familias*, sobre la percepción de cambio, el enfoque de género, y consenso con profesionales respecto al modelo de intervención. Los grupos de discusión se constituyen por un moderador quien introduce los temas de discusión y cumple el rol de facilitar el diálogo en el grupo. Están orientados a un estilo no directivo de tipo entrevista

donde se busca generar un espacio activo de interacción colectiva, se pretende obtener distintos puntos de vista sobre un particular (Kvale, 2011).

Considera Morgan (1988; cfr.: a Sandoval, 2002) es necesario considerar un rango máximo de temas a tratar para facilitar la interacción del grupo y la síntesis de la información, promover que la interacción de los participantes ahonde en la perspectiva personal y se tome en consideración el contexto personal de cada participante acerca de la respuesta al tópico planteado. De igual manera Merton (1956; cfr.: en Denzin & Lincoln, 2015) plantea evitar que un grupo o pequeña coalición dirija el sentido de la conversación y las opiniones vertidas, y procurar que todos los miembros del grupo focal participen para cubrir el tema de la manera más completa posible.

Se debe establecer claramente el propósito del grupo de discusión, desarrollar una serie de preguntas abiertas que guíen la conversación y permitan a los adolescentes expresar sus opiniones, experiencias e inquietudes sobre el tema. Es importante crear un entorno seguro y confiable para fomentar la participación abierta.

e) **Documentación** de todos los archivos, historias clínicas, memorias de sesiones grupales de los procesos en la intervención que han cumplido los/as adolescentes y sus sistemas familiares.

A partir de la información obtenida por las diversas técnicas de investigación aplicada se procede a organizar, clasificar y codificar los documentos obtenidos. La codificación es un componente esencial que facilitará la localización precisa de los datos de análisis, este proceso implica una interpretación personal mediante la asignación de nombres a dimensiones y categorías para dar claridad a la información a través de etiquetas (Cházaro-Arellano, 2024).

Como menciona Romero Medina *et al.* (2004) la documentación es necesaria para revisar la información con mayor eficiencia en un futuro, garantizar el cumplimiento de los estándares éticos y la protección de los derechos de los participantes, y facilitar la aplicación de las herramientas cualitativas y cuantitativas.

*** Ficha Técnica:**

a) Población:

Adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas derivados de los colegios fiscales de la zona 8 atendidos en el CDID desde 2010 hasta diciembre de 2014.

b) Procedimiento

Para la construcción del modelo de intervención, se realizará un análisis de las experiencias del CDID. Se identificarán los procesos que se han realizado desde 2010 y discutirá con los usuarios y los profesionales las fortalezas y debilidades de las intervenciones realizadas en adolescentes en el CDID desde sus inicios. Se realizará un trabajo de sistematización de la información que se encuentra en el CDID desde el inicio de actividades en 2010. Se sistematizará la siguiente información del programa:

- *Análisis de la evolución de las actividades del CDID* desde 2010-2014: protocolos, rutas de atención, procedimientos, técnicas y estrategias, modalidad (clínica, grupo terapéutico, ambulatorio).
- *Satisfacción de los usuarios*: instrumento Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias, a través del “Treatment Perceptions Questionnaire”.
- *Proceso de cambio tras participar en el programa de intervención del CDID*: Escala de preparación para el cambio y ansiedad ante el tratamiento de Sócrates 8D, Índice Europeo de Gravedad con su escala y perfil de gravedad, FSIL inventario de riesgo y percepción de riesgo familiar, grupos focales sobre la percepción de cambio, historias clínicas e informes de sesiones grupales.
- Análisis desde la perspectiva de género de las actividades realizadas en el CDID desde 2010 en población adolescente, hombres y mujeres.
- Consenso de las estrategias de intervención con mejores resultados: tras sintetizar la información anterior, se trabajará en grupos focales formados por profesionales y usuarios para alcanzar un consenso que involucre a ambas partes.

c) Procesamiento:

- El análisis de información obtenida de las entrevistas y grupos focales se realizará teniendo en cuenta el criterio de saturación.
- Producto de la síntesis de información de este proyecto, se propondrá una estrategia de intervención psicosocial que tendrá su modelo teórico–metodológico para abordar a adolescentes en situación de vulnerabilidad o consumo de drogas, validado por la experiencia que lleva realizando el CDID desde 2010.

Para la elaboración de la Estrategia de intervención psicosocial, se realizará un análisis de la experiencia previa que implica caracterizar a la población atendida para lo cual se utilizara la herramienta SPSS y para identificar los procesos que se han realizado desde 2013 se construirá categorías e indicadores que permitan sistematizar la dinámica en los grupos terapéuticos que dé cuenta del tipo de intervención realizada y sus impactos, se utilizara la herramienta cualitativa Atlas. Ti y NVIVOS.

d) Actividades

- Sistematización de los casos atendidos entre el 2013 y 2015 en el centro de atención psicológica de la Universidad de Guayaquil.

Capítulo II

MARCO TEORICO SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

En este capítulo se pretende a dar a conocer la trayectoria de la intervención en los tratamientos a los adolescentes que son consumidores de drogas en especial al llamado de la heroína que son conocido como “H”, para ello se ha detectado las variables y categorías de esta propuesta en la cual podemos dar a conocer las siguientes:

- Las drogas,
- Adolescentes consumidores,
- Atención psicológica psicosocial.

Para ello se explica desde donde surge la utilización de las drogas, a medida que han sido usadas, en qué momento se conectan con el consumo con los adolescentes para finalmente conocer cuáles son las atenciones psicológicas psicosocial. Se irá explicando desde una explicación general o internacional hasta la nacional para finalmente aterrizar al sector del análisis de su estudio.

Drogas: Evolución histórica

Como primera instancia conozcamos la terminología de la palabra “Droga”, se cree que proviene de Holanda “Drog”, su significado es “seco”, conocido originalmente para explicarse a los productos secos, refiriéndose a las hierbas, plantas medicinales y especias con la finalidad de uso curativo o que ayuden a temas terapéuticos, esto ha sido mencionado por varios expertos en la comunidad científicas, remontado en el siglo XVII como Richard Rudgley, creador del libro "Sustancias Esenciales: Una historia cultural de los intoxicantes en la sociedad". De profesión antropólogo e historiador, se menciona a Jonathan Harwood, estadounidense, un historiador y autor de “La revolución verde de Europa y otros desde: El surgimiento y caída de la crianza

amigable y accesible de las plantas ", de la misma forma, también se menciona a Michael Kuhar, neurocientífico estadounidense y autor de "El cerebro en adicción: ¿Por qué se abusa de la droga, el alcohol y la nicotina?".

El origen con su etimología de droga es proveniente del latín medieval “droga” derivando del griego antiguo “drogeion” que tiene como significado “cura”, mencionado por el libro "La enciclopedia de plantas psicoactivas: Etnofarmacología y sus aplicaciones" (Rätsch, 1998).

El término droga es confusa y emotiva ya que se ha creado dificultad en conversaciones y sostenido en evidencias, convirtiéndolo en un término genérico que abarca una variedad inmensa lista de sustancias, que se debe considerar su conocimiento (Kleiman, 1992).

Se conoce que, en el siglo XIX, la palabra "droga" se usaba para entender del opio y sus derivados, en cambio durante el siglo XIX y dentro de los primeros años del siglo XX, se amplió para incluir otras sustancias como la cocaína y la marihuana. Pero existe una gran historia en la antigua Mesopotamia y Persia en la medicina hasta su expansión de la comercialización por parte de los británicos en China y la Guerra del Opio del siglo XIX. Luego se conoce en la década de los estados unidos donde fue prohibida el consumo de la marihuana, a pesar de que se usó en la cultura prehistoria como medicina (Leal Galicia, et.al., 2018).

El uso de “Cultura y Droga”, fueron las adopciones psicoactivas para uso medicinal y los ritos en las sociedades antiguas como la egipcia, la romana y finalmente la griega (Serrano, 2009).

Espallargas, A. (2020) argumenta que hace más de 7.000 años, los antiguos egipcios elaboraban cerveza con el propósito de celebrar eventos religiosos. De manera similar, antes de la llegada de los conquistadores, diversas culturas precolombinas ya fumaban tabaco en ceremonias espirituales.

Las drogas con referente a la “coca”, planta proveniente de la cocaína donde su uso histórico es en los rituales y en la medicina, usado por los pueblos indígenas en la era antigua de la época

colonial, incluso cuando llegaron los españoles en América hasta en la actualidad (Gootenberg, 2003).

El “alcohol” es otra droga, sobre todo en el moderno sur de Asia, en Pakistán, India y Bangladesh, donde introdujeron en el opio y la marihuana el alcohol o las drogas occidentales en épocas coloniales (Gootenberg, 2003).

Durante el siglo XIX, en el auge de la Revolución Industrial y los avances en química, se produjeron importantes desarrollos en la síntesis y producción de nuevas drogas. La morfina, un derivado del opio, fue aislada por primera vez en 1803 y se convirtió en una sustancia ampliamente utilizada como analgésico. Sin embargo, su abuso y durante los últimos años del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, se promovió la prohibición y regulación de las drogas debido a preocupaciones sobre sus efectos negativos en la sociedad. En 1914, América promulgó la Ley denominada Harrison, misma que buscaba la regulación de la venta y comercialización de opiáceos y alcaloides. Esta fue una de las primeras legislaciones importante en el control de drogas y sentó las bases para políticas más restrictivas en todo el mundo (Luna-fabritius, 2015).

A medida que ha ido evolucionando los tiempos, el término ha ido ampliándose, mencionando que las drogas son sustancias ilícitas que no tiene una categorización específica ni su contenido es concreto, compuesto por componentes químicos, una de ella es la planta cannabis, arbusto coca y la que le llaman adormidera.

La práctica del consumo de drogas y sustancias estupefacientes constituye una problemática de sustancias químicas que alteran el funcionamiento normal del cuerpo y la mente, actualmente siendo prioridad su tratamiento en los sistemas de salud públicas en diversos países. Los costes que acarrear, en especial dentro de las esferas económicas, familiares, sociales y personales son particularmente nocivo para los individuos. La prevención se posiciona, de esta forma, como una

práctica efectiva para el abordamiento de este problema, en particular hacia las drogodependencias, dada su facilidad de consumo por diversas vías, como la inhalación, vía oral o la inyección.

El estudio de las drogas se basa en el impacto que causa dentro de la salud individual de la persona y las afectaciones resultantes dentro de la esfera de la salud pública como privada por su magnitud como por sus consecuencias a nivel social, político y económico. Los puntos claves para enfrentar el consumo de drogas en los individuos involucran programas de prevención y tratamiento, lograr manejar los problemas que surgen de la abstinencia que inciden directamente en la salud física y mental, todo esto para alcanzar una mejor inclusión social, laboral, familiar y en la educación no tener graves consecuencias que podrían llevarnos incluso a la muerte (Luis et al., 2003).

En el estudio realizado se descubrió dentro de una muestra participante de 1347 adolescentes con intervalo de edades entre 16 a 19 años, la importancia de los patrones de control parental que intervienen en los adolescentes al consumir drogas. Esto se basó en la identificación de la existencia de asociación por los diferentes tipos en las conductas, con la determinación de los diferentes factores en el desarrollo (Arnett, 1992), también se menciona con respecto al ambiente de la personalidad (MIRON et al., 1997), o los familiares. El afecto, apoyo y control en los adolescentes es importante cuando existe consumo de droga, ya que permite mantener la confianza necesaria para disminuir el uso de la droga. Por otro lado, la cotidianidad de los padres en un hogar aumenta el sometimiento del uso de drogas, se ha evidenciado los riesgos de las diferentes conductas por el alcohol, tabaco, etc.

Se descubrió que los adolescentes que recibieron un menor control parental tenían más probabilidad del consumo de marihuana y alcohol. Por lo que en el estudio realizado se tuvo 2 objetivos el primero del estudio de la posible asociación con el afecto y supervisión versus del

consumo de alcohol, tabaco u otros, el segundo es la comprobación de patrones parentales, se halló que existe una importancia de las prácticas educativas.

La UNODC, menciona que las drogas son sustancias que tienen sus acciones con efectos deseados, agudos no deseados, efectos crónicos dependiendo a la sustancia o grupo de sustancias. Existe nombres coloquiales comunes en inglés que hacen referencia a la droga, los componentes químicos que provienen de plantas:

- Cannabis
- Coca
- Adormidera

El uso de las plantas mencionada es para la preparación de forma clandestina que a nivel internacional realizan controles para sus preparaciones por tal razón con la creación de un manual que consideren 3 puntos, libres para su revisión ya sea para las autoridades respectiva o quien considere conocerlo, pero antes es necesario el conocimiento de la existencia del manejo de diferentes términos como se muestra en la tabla 2:

Tabla 2

Nombres comunes coloquiales

Nombres comunes coloquiales				
Bazooka	Cake	Coke	Koks	Shake
Big C	Cane	Crack	Lady	Snow
Blanche	Charlie	Dust	Mister Coffee	Star dust
Blow	Coco	Flake	Nose candy	Toot
White lady	-	-	-	-

Nota: Un cuadro que se usa en los diccionarios de nombres coloquiales comunes que hace referencia a la droga en inglés. 2023

También menciona que los 3 efectos tienen diferentes reacciones como podemos apreciar en el siguiente párrafo:

1.Efectos Deseados

- En este efecto se tiene la sensibilidad de sentirse bien de forma física y mental, una excitación y euforia.
- En su sensación presenta un aumento de capacidad de energía con alerta
- La reducción del tener hambre.

2.Los Efectos agudos no deseados

- El nivel de frecuencia cardiaca se acelera y la presión sanguínea
- Respiración más acelerada
- El cuerpo empieza sentir aumento de temperatura con sudoración
- La vasoconstricción y anestesia local

3.Los efectos del consumo crónico

- La dependencia es fuertemente incontrolable psicológica
- Produce tolerancia
- Se destruyen los tejidos nasales en la acción de la inhalación
- Si la persona fuma, la creación de bronquitis es inevitable

Según el autor menciona que en la segunda guerra mundial se presentó 0 consumo debido al cierre de fronteras, la prohibición de paso a los estupefacientes (Instituto, 1980).

Clases de sustancias

En el año de 1961 se realizó una única convención con el tema de “estupefacientes” enmendadas para cumplir con el protocolo del año 1972. Se mencionó que existían 4 listas en base a la potencialidad de su generación de la dependencia, mencionando cuáles eran los riesgos al momento de utilizar indebidamente, así mismo con el uso terapéutico.

En la lista 1 son aquellas sustancias que son sumamente adictivas pero susceptibles en el uso indebido por ejemplo la heroína, cannabis, opio y metadona. La lista 2 son aquellas menos adictivas pero susceptibles en el uso indebido por ejemplo los derivados del codeína y codeína. Lista 3, son aquellas que se preparan con contenidos estupefacientes, destinado para la medicina por ejemplo propiram, codeína y dihidrocodeína. La última lista 4 son aquellas de la lista 1 pero

altamente adictivas pero susceptibles en el uso indebido y rara vez se utiliza para la medicina, ejemplo: heroína y cannabis.

Cannabis

La UNODC Oficinas dentro de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito menciona lo que es cannabis, sus producciones, indica que es una planta, que se la utiliza con la aplicación de diferentes sustancias, pero existe un máximo predominio con única psicoactivas se refiere al tetrahidrocannabinol de (delta-9-THC o THC).

Tiene sus principales CANNABINOIDES:

- La Cannabidiol (CBD)
- El Cannabinol (CBN) y
- La Tetrahidrocannabinol (THC)

a) Las producciones del Cannabis

Llamada Cannabis sativa L, de una planta cannabis, es una especie única, dividida en algunas categorías de esa planta como la sativa, ruderalis e indica. Con su variedad de diferentes puntos morfológicos, químicos y biológicos. Debido a ser especie llamada Dioica, la planta puede contener estambres, dando su lado masculino o su pistilada a su lado femenina, por otro lado, existen otros tipos de plantas “monoicas” o las “hermafroditas”.

Esta planta para obtener la sustancia es desecada con un color marrón o verde. En el año 1961 se dio a conocer las formas utilizadas y los modos de administración.

b) Formas utilizadas

- La sustancia suelta, hace referencia a los envueltos en rollos de papel
- La sustancia molida, para ello se derrite como mantequilla y se coloca en la marihuana
- El polvo fino
- Líquido bien viscoso

c) Modo de la forma de administración

- La forma de inhalación
- El consumo oral

d) La producción de la resina producto del cannabis

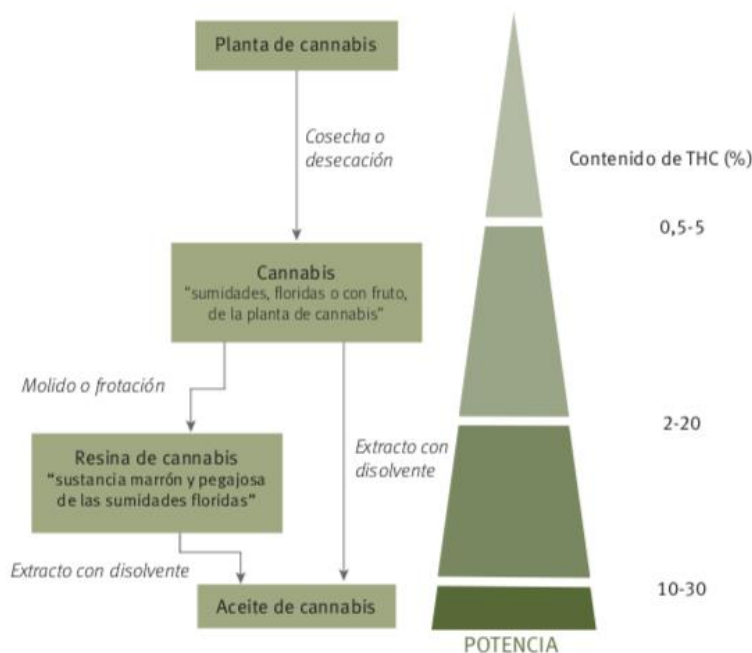
Es la resina separada, purificada, directamente se toma la secreción de resinosa que es desecada, con su color de marrón o el negro. Se realizan en proceso con procedimientos, utilizados de las diferentes partes del mundo, que permite extraer esa resina del cannabis.

e) La producción del aceite de Cannabis

Se extrae de la materia vegetal bruto a través del disolvente que es orgánico, la resina cannabis o cannabis, luego de ello es filtrado que se evapora ese extracto que permite obtener el aceite, su líquido es parecido a la brea, donde tiene un nivel alto de THC.

Ilustración 3

Producción de cannabis



Nota: Se aprecia el proceso de la producción de cannabis, la resina y el aceite de cannabis. (UNODC, 2010).

En la ilustración 3 se puede observar el THC que es parte del cannabis, sus factores pueden variar. Se pueden reproducir sin la necesidad de la tierra, solo con agua, o solo en arena y también en un contorno artificial llamado hidropónico. Este producto es utilizado en la medicina para la parte terapéutica como el Nabiximol y el dronabinol.

Cannabinoides endógenos

En 1988 se descubrieron los receptores de cannabinoides endógenos, clonándose inicialmente en 1990. A través del tiempo hace referencia a las moléculas lipídicas, que son capaces de adoptar la producción del tetrahidrocannabinol, que se realiza el efecto de la marihuana psicológicamente (Reichenbach et al., 2010).

Derivados de la CB

- Son la anandamida que son los araquidoníletanolamida
- Las araquidonilglicerol
- Eter de noladina
- Virodamina

Existe dos descubrimientos el llamado CB1 y el CB2, donde cada uno tiene sus interacciones con sus efectos, el uno se localiza en el sistema nervioso central dentro del cerebro y tálamo y el otro fuera de ella ubicado en lugares periféricas, las células del sistema inmune y el bazo.

Los agonistas receptores cannabinoides sintéticos

La UNODC menciona que son las sustancias donde sus características es estructural que les permite unirse del uno al otro receptor de Cannabinoides y en la actualidad no son autorizados en el uso de la medicina. En el año 2015 se descubrió más de 200 diferentes de agonistas de los receptores cannabinoides.

a) El opio y opiáceos

Proviene de un fruto, del zumo de una semilla adormidera o la *paver somniferum*, en cambio el opio es fermentado y seco donde está mezclado con alcaloides opiáceos. El alemán Friedrich Serturner descubrió la morfina, sustancia sintética (Naín, 2004).

El opiáceo proviene de la cápsula globosa también es achatada, extraído de un látex, luego puede transformarse en opio. Este tipo de droga causa tolerancia.

El opio se puede obtener de algunas sustancias que son psicoactivas, donde a través del tiempo han sido las más usadas en la morfina y la codeína.

Ilustración 4

Planta de opio



Nota: La planta donde se extrae el opio. Imagen por byrev.2013

A continuación, se puede conocer el uso con los alcaloides más importantes del opio como puede apreciarse en la tabla 3:

Tabla 3*Alcaloides derivados del opio*

Alcaloides principales del opio	Tipos
	a) Morfina
	b) Codeína
	c) Tebaína
	d) Papaverina
	e) Noscapina

Nota: Existe un mayor porcentaje del uso con la morfina, luego la Codeína, como tercer lugar la tebaína, cuarto la papaverina y finalmente la noscapina (ONU, 2018).

Tabla 4*Opiáceos y Opiodes*

	Tipos	Su Características en uso	Actividad Intrínseca	
Opiáceos	a) La morfina	▪Es analgésico ▪Dura aprox. de 4-5 horas ▪Su vida media es de 3 horas	Es agonista	
	b) La codeína	▪Suprime los síntomas de la tos ▪Dura aprox. de 4-6 horas ▪Su vida media es de 3-4 horas	Es agonista	
	c) La tebaína	▪Es una sustancia de la cual se sintetizan la naloxona, naltrexona, y buprenorfina	Es parcialmente agonista	—
	d) La papaverina	▪Es espasmolítico	Es antagonista	—
	e) La noscapina	▪Puede suprimir la tos sin adicción posible	Es antagonista	—
Opiodes Semi-sintéticos	a) La heroína, (3, 6 diacetylmorfina, diamorfina DAM)	▪Es un analgésico obtenido de la morfina ▪Duración aprox. de 4-5 horas ▪Su vida media es de 30 min.	Es agonista	—
				—

Opioides Sintéticos	b) La buprenorfina	▪Es analgésico	Es parcialmente agonista	—
		▪Es inhibidor de la abstinencia		—
		a opiáceos a altas dosis		—
		▪Dura aprox. de 6-8 horas		—
	a) La metadona	▪Su vida media es de 5 horas	-	—
		▪Es analgésico		—
		▪Es inhibidora de la abstinencia		—
		a opiáceos a altas dosis		—
		▪Dura aprox. de 8-48 horas		—
		▪Su vida media es de 15-22 horas		—

Nota: Se puede apreciar algunos de los tipos que contiene como opiáceos y los opioides que son sintético y semi sintético. 2000

Los términos opioides y opiáceo se difieren ya que el uno viene de sustancias exógenas o endógenas y la otra es del origen de la sustancia con respecto al opio (González-Peña et al., 2017).

b) Heroína

La NIH National Institute on Drug Abuse menciona que es otra droga opiácea, que es derivada del opio, una sustancia natural que parte desde la morfina, es extremadamente adictivas y se encuentra dividida en dos tipos como:

- Clorhidrato de diacetilmorfina
- Diacetilmorfina

Cuando es inyectable se esparce rápidamente en la sangre, este es un tipo de droga mucho más liposoluble, su consumo alcanza a su cerebro, incluso es doblemente sus efectos más que la morfina. También se puede inhalar, fumar o aspirar. En el año 2019 se conoce que la mezclan con cocaína crack, es conocida como la “bola rápida”. Existe un estudio donde indica que el uso inadecuado con los analgésicos puede llevar a un paso al consumo de heroína (NIH, 2019).

Tabla 5
Sustancias usadas por la Heroína

HEROÍNA (Sustancias Usadas)
Ácido acético
Éter etílico
Di acetato de etilideno
Cloruro de tionilo
Ácido de clorhídrico
Metiletilcetona
Pentacloruro de fósforo
Tricloruro de fósforo
Ácido sulfúrico
Anhidrido acético
Acetona
Acetil cloruro
Cloroformo

Nota: Se conoce los elementos que dependiendo su producción se puede producir.

Los efectos del consumo de la heroína

Se presentan varios efectos como la sequedad en la boca, adormecimiento, alteración repetida en un estado de vigilia, enrojecimiento, sensación de aumento de temperatura en la dermis, sensación de náuseas, vómito, pesadez en piernas y brazos, aturdimientos mentales. Los efectos a corto plazo es el insomnio, enfermedades del hígado, dolores de estómago, daños en los riñones, daños en los tejidos en la nariz, colapso de las venas, estreñimiento, trastornos mentales, ciclos irregulares de menstruación, abscesos, (NIH, 2019).

Tratamiento de la heroína

Según la NIH, existe dos tipos de tratamiento para que ya no se consuma la heroína que son:

- Medicamentos
- Terapias conductuales

El instituto Nacional sobre el abuso de sustancias y Drogas, ha creado nuevos medicamentos para la medicación por el trastorno por el consumo de opioides y otras drogas que son autorizados por la FDA.

Se presentan 6 clases de medicinas que se presentan en la tabla 6:

Tabla 6

Medicinas y opiodes

Medicinas que reducen el consumo	Detalle
Metadona	Líquido o Tableta diario
Buprenorfina	Tableta diaria, inyección mensual
Lofexidina	Tableta del uso de las veces necesarias
Naltrexona	Inyección mensual
Buprenorfina-Naloxona	Tableta o lámina
Naloxona	Rociador nasal, inyección de emergencia

Nota: Los medicamentos que bloquean la abstinencia y el deseo de consumir opiodes.

Al utilizar esos medicamentos se presentaron reacciones por las abstinencias que incluyen:

- Depresión
- Agitación
- Ansiedad
- Náuseas
- Deseos de opioides
- Calambres en los músculos

La ilustración 5 muestra la fabricación de morfina y heroína

Ilustración 5

Fabricación de morfina y heroína



Nota: El proceso que se toma de la fabricación desde la extracción hasta obtener el refinado de clorhidrato de heroína. 2020

Existen 3 tipos de efectos como:

- Los deseados
- Del Agudos no deseados
- Del Consumo crónico

c) Estimulantes de tipo anfetamínico ETA

La UNODC informa que viene del grupo sintético de la anfetamina, la MDMA y la metanfetamina, produciendo efectos estimulantes al sistema nervioso central. Las sustancias son obtenidas de lugares ilícitos, desarrollados en laboratorios clandestinos.

Los efectos neurotransmisores como la dopamina, serotonina y la norepinefrina son expuestos en sinapsis neuronales, donde es responsable junto con la proteína membrana en regular las concentraciones.

Otro autor menciona que son sustancias sintéticas, y son usadas a nivel mundial con estructura feniletilamina, es sustituida que se agrega a la anfetamina, metanfetamina y dextro anfetamina, con efectos que son similares de metilfenidato (Muñoz V. et al., 2022).

Tabla 7

Tipos de neurotransmisores

Tipo de SISTEMAS DE NEUROTRANSMISORES	Descripción
Dopamina (DA)	Es aquella que controla el centro de recompensa y placer del cerebro
Norepinefrina (NE)	Es aquella que afecta en las partes dentro del cerebro, especialmente las zonas dedicadas a la atención y los estímulos de respuesta
Serotonina (5-HT)	Se refiere a la afectación a los distintos procesos psicológicos que van desde los estados emocionales hasta el deseo de comer y recordar

Nota: Se refiere las tres neurotransmisores monoamina, información tomada de UNODC 2020.

d) Catinonas sintéticas

La NIH explica que son sustancias de estimulación artificiales, son desarrollados por la química, creados por el hombre. Son polvos cristalinos marrón o blanco. Son vendidos en paquetes pequeños. Son conocidas por sustancias psicoactivas.

En cambio, la UNODC son fiscalizadas a nivel internacional como:

- Mefedrona
- La metilona
- Metilendioxipirovalerona (MDPV)

e) Las existencias de otras drogas sintéticas

Se utilizan para estimular efectos similares, pero no igual como la anfetamina, éxtasis y la metanfetamina. Entre otras sustancias se encuentran lo siguiente:

- La aminorex

- Metoxianfetamina (PMA)
- La bencilpiperazina (BZP)
- El trimetoxianfetamina (TMA)

Se puede conocer otros tipos de drogas usado como medicamentos.

Tabla 8

Depresores del sistema nervioso central

Depresores del sistema nervioso central	
Utilizados para medicamentos para depresores del sistema nervioso central	Benzodiazepinas Barbitúricos metacualona ácido-hidroxiбутírico (GHB)

Nota: Son grupos de depresores del sistema nervioso central, aplican una parte común para uso medicinal. UNODC 2020.

f) HACHÍS

Es la sustancia producto de la preparación de la sustancia resinosa de la planta del cannabis.

Se caracteriza por ser un polvo fino, el cual puede ser comprimido dentro de pastillas de una apariencia parda u oscura. Sus efectos a corto plazo se mencionan:

- Una distorsión en la percepción visual, auditiva y táctil.
- El sentido del paso de la temporalidad.

Los efectos a largo plazo hacen referencia a:

- Dificultad para el razonamiento y la solución de problemas
- Dificultad en la coordinación motora.

Tipos de drogas de América latina

La OEA CICAD, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas junto a Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM) y La Organización de los Estados Americanos (OEA) entrego un reporte en el año del 2019 indicando los diferentes tipos de drogas de américa

latina, indica el consumo de drogas en edades tempranas. Se realizó un levantamiento de información de las evaluaciones realizadas a estudiantes de colegio, el análisis del uso de las diferentes sustancias que son ilícitos y lícitos, como puede apreciarse en la tabla 9.

Tabla 9

Tipos de consumo

TIPOS DE CONSUMO	
Alcohol	
Tabaco y nuevos	
Inhalables	
Marihuana	
cocaína	
PBC	
CRACK	
Éxtasis	
Anfetamina	
Metanfetamina	
LSD y	
Nuevas sustancias	

Nota: Según el informe sobre el consumo de drogas en las américas. 2019

En los informes que presentaron la OEA han resaltados los problemas de drogas dentro de las américas, convirtiéndose en un desafío donde plantearon políticas internacionales de drogas, con las diversas informaciones se encontró nuevas sustancias que son psicoactivas llamadas NSP, benzodiacepinas y opioides donde no solo es utilizado en tratamiento en las drogas, sino que también es usado en la salud pública con sus políticas importantes.

Tabla 10
Informes de OEA, 2019

TIPOS DE DROGAS	Descripción de estado de consumo desde 2019			Estudiantes de América
Alcohol	Salvador-9.5%	Argentina-52%	Uruguay-52%	20% al 30%
Tabaco y nuevos		Chile-23.7%		Sí existe consumo
Cannabis	Estados Unidos disminuye su consumo	Costa Rica disminuye su consumo	Grenada disminuye su consumo	0.5 al 20%
Inhalables		En aumento		Octavo y décimo presenta mayor consumo
Marihuana		En aumento		-
Cocaína		En aumento		0.3 a 2.0%
PBC	En aumento	-	América del Norte.	-
CRACK	mayor consumo en Caribe	mayor consumo en angloparlante	mayor consumo en América del Norte.	-
Éxtasis	mayor consumo en Canadá	mayor consumo en Chile	mayor consumo en Estados unidos	0.1 a más de 4%
Anfetamina		En aumento		-
Emergentes	mayor consumo en Canadá	-	mayor consumo en Estados unidos	-
Metanfetamina		En aumento		
Opioides	mayor consumo en Canadá	-	mayor consumo en Estados unidos	-
LSD y nuevas sustancias		En aumento		130 NSP diferentes en siete países de América del Sur.

Nota: Recopilación de información del informe del 2019 de la OEA CICAD. 2019

En el año 2019 se realizó un documento que detalla el consumo de drogas en el continente americano, el cual detectó las nuevas sustancias.

Pirámide de entes intervinientes

En la indagación de este tema propuesto se analizó que existe una pirámide de los entes intervinientes que han proporcionado informaciones actuales de la situación del consumo de droga en los niños y adolescentes, en la figura siguiente podrán conocer los organismos

Legislación legal

La constitución de la república del Ecuador establece un marco legal como base para que exista un Ecuador saludable, donde se menciona los escenarios siguientes:

Art. 32. – “...La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

Art. 66. – “...Se reconoce y garantizará a las personas: 1. El derecho a la inviolabilidad de la vida. No habrá pena de muerte. 2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.....”

Art. 81. – “...La ley establecerá procedimientos especiales y expeditos para el juzgamiento y sanción de los delitos de violencia intrafamiliar, sexual, crímenes de odio y los que se cometan contra niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad, adultas mayores y personas que, por sus particularidades, requieren una mayor protección. Se nombran fiscales y defensoras o defensores especializados para el tratamiento de estas causas, de acuerdo con la ley...”

Ley Orgánica De La Salud

Art. 4.- “...La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la

aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”

Art. 196.- “...La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación.”

Plan De Repatriación Para Profesionales De La Salud

“...Expedido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador mediante Acuerdo Ministerial No. 742, de fecha 10 de mayo de 2012, y publicado en el Registro Oficial No. 742, de fecha 10 de julio de 2012.”

Tabla 11

Artículos legales relacionados

Artículos de los organismos intervinientes	Descripción
Artículo 3 de la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961	Establece que los estados tienen la obligación de restringir la producción, el tráfico y el uso de drogas, permitiendo su uso únicamente con fines médicos y científicos, y de prevenir el uso indebido de estas sustancias.
Artículo 3 de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988	Establece la obligación de los estados de prevenir y combatir el tráfico ilícito de drogas y de cooperar mutuamente para alcanzar este objetivo.
Artículo 14 de la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 1989	Reconoce el derecho de los niños a la salud y obliga a los estados a tomar medidas para proteger a los niños del uso indebido de drogas.
Artículo 36 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea	Establece el derecho a la protección de la salud y obliga a los estados miembros a tomar medidas para prevenir y combatir el consumo de drogas.
Artículo 14 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos	Establece el derecho a la salud y obliga a los estados a tomar medidas para prevenir y tratar el abuso de drogas.

Nota: Se ha recopilado algunos artículos legales de los diferentes organismos.2023

Clasificación de las drogas en la sociedad

La sociedad maneja las drogas en diferentes clasificaciones, con el ánimo de mantener un control del consumo de este, y se pueden agrupar de diversas formas. Algunas clasificaciones comunes son:

- Drogas legales: Son aquellas sustancias que se permiten y se regulan por la ley, como el alcohol, los cigarrillos y algunos medicamentos.
- Drogas ilegales: Son las sustancias cuya producción, propiedad y consumo están ilícitos por la legislación, como la cocaína, la heroína y la marihuana.
- Drogas recreativas: Son aquellas utilizadas con fines de diversión y esparcimiento, como el alcohol, la marihuana y las drogas de diseño (ecstasy, LSD, etc.).
- Drogas medicinales: Son sustancias que se usan con fines terapéuticos y bajo prescripción médica, como los calmantes, los antidepresivos y los sedantes.

Es importante destacar que el uso de drogas, ya sean legales o ilegales, conlleva riesgos para la salud y puede generar dependencia física o psicológica.

Contrabando de droga a nivel internacional.

Es un fenómeno complejo y multifacético que involucra la importación y exportación ilegal de sustancias controladas a través de las fronteras de diferentes países. Esto nos ayudará a poder comprender varios aspectos de este problema, incluido el mercado global de drogas, las redes de tráfico internacional y los factores socioeconómicos que impulsan esta actividad ilícita.

- Mercado global de drogas: El mercado global de drogas es impulsado por la demanda de sustancias controladas en diferentes países y regiones.
- Corrupción: La corrupción en los países que sirven como productores, tránsito y destino final, esta desempeña un papel significativo en el contrabando de drogas a nivel internacional. Los funcionarios corruptos facilitan el paso de las sustancias controladas a través de las fronteras.

- Factores socioeconómicos: El contrabando de drogas a nivel internacional está influido por una serie de factores socioeconómicos, como la pobreza, la falta de empleo, inequidad e injusticia, entre otras.

Lo que sucedería de las drogas por región

En un informe de la ONU en su sitio oficial, indica que presentan tendencias que son claves en tratado de drogas por región, la cual indica que países como África, América Central y América del Sur presentan en la población trastornos que son asimilados con la droga del cannabis, pero en los países que conllevan un tratamiento por trastornos por consumo de los opiáceos.

El impacto ambiental referente a los mercados de drogas en lo internacional

Dentro del mismo informe de las Naciones Unidas, menciona que existen los mercados no legales, donde afecta a un gran impacto a la comunidad, en la parte local y el medio ambiente. Realizan una comparación que el sembrado del cannabis es mayor a los granos de cacao, indicando que el cultivo de esta droga afecta al suelo, agua, aire, animales y la sección de alimentos.

La Nación Unida separa 5 folletos, donde aporta con un análisis de los diferentes mercados a nivel mundial de las drogas, que explora la conexión entre el medio ambiente y las drogas

Ilustración 6

Folletos del Informe Mundial de las Drogas, 2022.



Nota: Informe mundial de las Drogas, los 5 folletos. De las naciones unidad. 2022

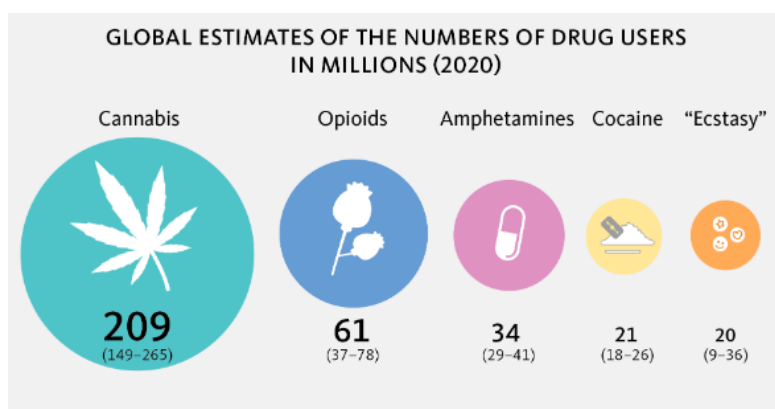
De los 5 folletos se considera pertinente conocer 4 de ellos, sobre todo el de “Tendencias del mercado de drogas de cannabis y opioides”.

1. Panorama mundial de la oferta y la demanda de drogas - Folleto 2

En este folleto indica las estimaciones de la población de personas que están consumiendo drogas, en base a su tipo, su género y edad. Además del impacto que se tuvo en el tiempo de la pandemia, proporcionando las políticas y las estrategias que finaliza el análisis con relación a la economía de las drogas ilícitas.

Ilustración 7

Estimados de consumidores de drogas



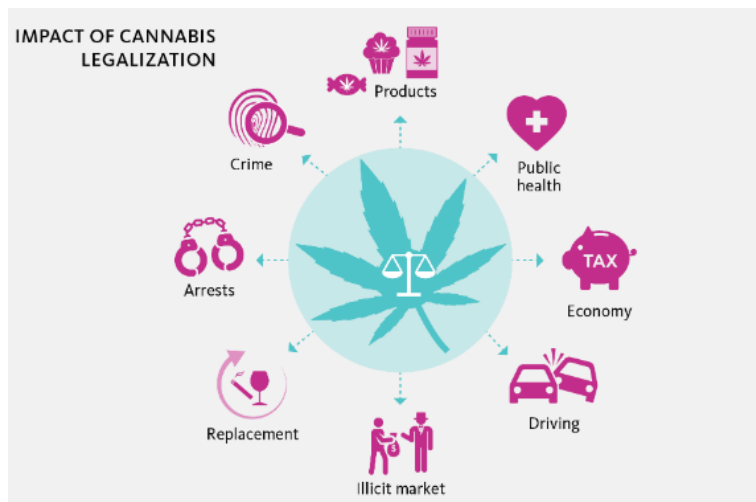
Nota: Estimaciones de consumo de las personas con las drogas. Oficina de Drogas y crimen de las Naciones Unidas, dentro del folleto 2. 2020

2. Las Tendencias del mercado de drogas de cannabis

Se indica que se tiene un doble contenido que es el cannabis y el opioides informa las tendencias del tráfico regional de la resina y la hierba de cannabis. Se conoce del uso médico de productos farmacéuticos basados de cannabinoides permitiendo su uso de los productos cannabis para los médicos.

Ilustración 8

Impacto de la legalización del cannabis



Nota: Existen problemas que se identifican con patrones con sus tendencias regionales y con todo el mundo en los mercados de opiáceos.

3. Las tendencias del mercado de drogas de cocaína, las estimulantes de tipo anfetamínico y NSP.

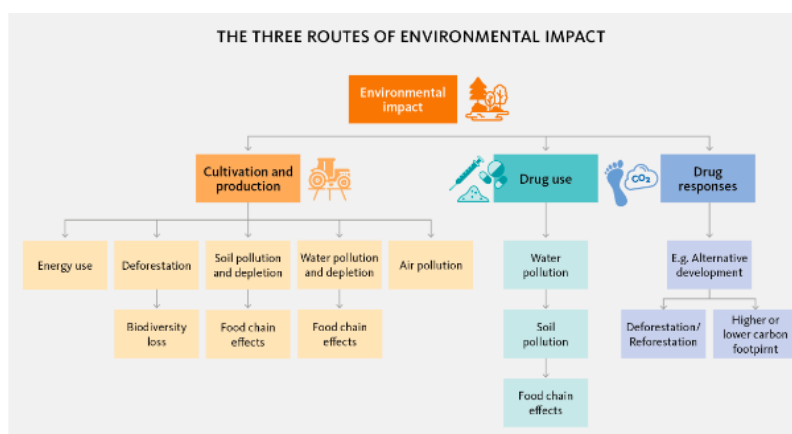
Se menciona del análisis de la cocaína en el mercado mundial, la existencia de sus cultivos del arbusto de coca se conoce que su fabricación se realiza a nivel mundial en sus distintas regiones, debido al impacto de la pandemia. En el folleto se indica que existe tendencias con la metanfetamina, éxtasis y la anfetamina, el proceso de este producto va en aumento.

4. Las drogas y el medio ambiente

La correlación de la intervención de la ODS con las drogas ilícitas y del medio ambiente presentan los vínculos donde presentan evidencias científicas el uso de las drogas vegetal y sintéticas donde su mayor predominio son los cultivos ilícitos con su deforestación. Denota que el tratamiento es con aguas residuales.

Ilustración 9

Las rutas del impacto ambiental



Nota: El proceso del impacto del medio ambiente con las drogas ilícitas. 2020

Preparación de las drogas

Conforme a las afirmaciones de López (2007), la prioridad del rol de las sustancias químicas en el desarrollo industrial en los diferentes países que pertenecen a la Comunidad Andina (Ecuador, Colombia, Bolivia y Perú). Sus preparaciones son aplicadas de manera ilícita, ocasionando una perturbación tanto social como económica en la región. Por ende, recae sobre las autoridades la responsabilidad de fomentar su correcta utilización y su comercio legítimo.

Es claramente perceptible que los grupos delictivos donde el acceso es muy fácil sobre todo al sector vulnerable, donde dichos grupos emplean, en muchas ocasiones, técnicas cada vez más sofisticadas con el objetivo de eludir los procedimientos administrativos, tales como la sustitución de sustancias químicas sujetas a control, la ampliación de las opciones en los procesos

de recopilación, recogida y purificación de las drogas, la producción encubierta de sustancias a través de técnicas artesanales que dificultan su detección, el empleo de precursores químicos y procedimientos de síntesis específicos, junto con las tácticas previamente reconocidas de coerción dirigida hacia los encargados de la vigilancia y la intervención, manifestadas mediante la ejecución de actos del chantaje, la falsificación de documentos, la presencia de violencia, la corrupción, la adulteración de productos y la práctica del contrabando tanto en las fronteras como en formas más sutiles y técnicas, entre otros métodos.

Tabla 12

Descripciones de características de las sustancias acetona y ácido sulfúrico

Descripción de las diferentes características	SUSTANCIAS DE ACETONA	SUSTANCIAS DE ÁCIDO SULFURICO
Son también llamados: Dimetilcetona; propanona; 2-propanona.	x	
Posición arancelaria: 2914110000 Fórmula: (CH ₃) ₂ CO	x	
Propiedades: Líquido incoloro, inflamable, con un olor ligeramente penetrante y aromático.	x	
Usos ilícitos: Se utiliza como solvente en el tratamiento del opio para elaborar heroína y en la conversión de la base de cocaína en clorhidrato de cocaína.	x	
Usos lícitos: Se emplea como solvente e intermedio en la elaboración de una amplia variedad de sustancias, incluyendo plásticos, pinturas, colorantes, lubricantes, fármacos, cosméticos, productos agrícolas, grasas, aceites y ceras.	x	
Transporte y almacenamiento: La acetona se transporta en bidones de acero, camiones cisterna y vagones de carga. Se almacena en depósitos de acero. En cantidades menores, debe guardarse en recipientes cerrados, alejados de llamas, chispas y calor. Es necesario utilizarla con ventilación adecuada.	x	
También se les conoce como: Aceite de vitriolo, sulfato de hidrógeno, óleum y anhídrido sulfúrico.		x
Posición arancelaria: 25807100000 y 2807002000		x
Fórmula: H ₂ SO ₄		x
Propiedades: Es un líquido aceitoso, transparente, incoloro e inodoro, con una viscosidad considerablemente mayor que la del agua. Es altamente corrosivo y puede quemar los tejidos de manera intensa.		x

Usos ilícitos: Se utilizan en soluciones diluidas en las extracciones de cocaína de las hojas de coca y en la conversión de la pasta de coca en cocaína básica. Además, se emplea en la formación de los sulfatos de algunas sustancias fiscalizadas.	x
Usos lícitos: Se emplean en la fabricación de abonos, explosivos, tintes, otros ácidos, papel y pegamento; en la purificación del petróleo; en la oxidación de metales y otros materiales como secante. También se utilizan en detergentes, limpiadores de cañerías y metales, así como en baterías de automóviles.	x
Transporte y almacenamiento: Debido a su naturaleza corrosiva, se transporta en garrafas de vidrio protegidas dentro de cajas, cubetas portátiles de acero, camiones y vagones cisterna. También se almacena en barriles y bidones de metal, dependiendo de la concentración del ácido sulfúrico.	x

Nota: Se presenta un manual de preparación de las sustancias. 2013

Tabla 13

Descripciones de características de las sustancias ácido clorhídrico y ácido eter

Descripción de las diferentes características	SUSTANCIA DE ÁCIDO CLORHÍDRICO	SUSTANCIA DE ÁCIDO ETER ETÍLICO
Son también llamados: Ácido muriático, cloruro de hidrógeno.	x	
Fórmula: HCl	x	
Propiedades: El ácido clorhídrico es una solución acuosa de cloruro de hidrógeno gaseoso (HCl puro). Es corrosivo, incoloro (aunque a veces puede tener un tono amarillento debido a rastros de hierro, cloro y materia orgánica) y emite vapores corrosivos. El grado reactivo típico contiene entre un 36,5% y un 38% de HCl. El contacto con soluciones concentradas puede causar quemaduras graves y dañar permanentemente la vista. Si se ingiere, puede corroer las membranas mucosas del esófago y el estómago, potencialmente causando colapso circulatorio y muerte.	x	
Usos ilícitos: Se utiliza en la obtención de clorhidratos de sustancias estupefacientes que se producen de manera clandestina.	x	

Transporte y almacenamiento: El ácido clorhídrico en concentraciones no superiores al 20% de HCl se transporta en garrafas dentro de cajas o en cubetas portátiles de acero forradas de polietileno. Cuando la concentración es de hasta el 30%, se utilizan vagones cisterna. Para concentraciones aún mayores, se emplean vagones de carga forrados con caucho u otro material resistente a los ácidos. Se almacena en damajuanas de vidrio, recipientes de polietileno o bidones metálicos forrados. También se les conoce como: dietiléter, dietilóxido, éter anestésico y éter sulfúrico.

Fórmula: $(C_2H_5)_2O$

Propiedades: Es un líquido incoloro muy volátil, extremadamente inflamable, con un olor dulce y penetrante. Los vapores son más densos que el aire, y el éter puede causar somnolencia e irritación en la nariz y la garganta.

Usos ilícitos: Se utiliza como solvente en la conversión de la heroína base en clorhidrato de heroína y de la cocaína base en clorhidrato de cocaína.

Transporte y almacenamiento: El éter etílico se transporta en recipientes metálicos, bidones, vagones cisterna y vagones cerrados de carga. Para su almacenamiento, se recomienda utilizar lugares frescos, oscuros y bien ventilados, en recipientes herméticos hechos de material inerte. Debido al peligro de explosión que presenta el éter cuando se conserva durante períodos prolongados, se debe limitar el tiempo de almacenamiento.

x

x

x

x

x

x

Nota: Se presenta un manual de preparación de las sustancias. 2013

Tabla 14

Descripciones de características de las sustancias amoníaco, metil etilcetona, disolvente 116

Descripción de las diferentes características	SUSTANCIA DE AMONÍACO	SUSTANCIA DE METIL ETIL CETONA	SUSTANCIA DE Disolvente NRO. 116
Conocidos como: Agua amoniacal, hidrato amónico y amoníaco acuoso. La fórmula NH_3OH es incorrecta; la fórmula correcta para el amoníaco es NH_3 .	x		
Propiedades: Es un líquido incoloro con un olor penetrante y sofocante.	x		
Usos ilícitos: Se utiliza como sustancia alcalina en la producción de la pasta de coca y de la cocaína base, donde actúa como alcalinizante.	x		
Son llamados: 2-butanona, butanona, etilmetilcetona, MEK. Fórmula: $CH_3COCH_2CH_3$		x	

Propiedades: Es un líquido inflamable con un olor similar al de la acetona.	x	
Usos ilícitos: Se utiliza como solvente en la preparación del clorhidrato de cocaína.		
Usos lícitos: Se emplea en la producción de cuero sintético, papel celofán, tintas de imprenta, papel de aluminio, lacas, quita grasas y pólvora sin humo, entre otros usos industriales.	x	
Transporte y almacenamiento: Para el transporte y para el almacenamiento a corto plazo sirven los recipientes de acero al carbono; para el almacenamiento a largo plazo se recomienda el acero inoxidable o los recipientes forrados de estaño.	x	
Son llamados: 1-1020, Shellsol1		x
Sus propiedades incluyen ser combustibles, lo cual significa que pueden generar explosiones bajo condiciones específicas.		x
Sus usos ilícitos incluyen su empleo como solvente en la preparación del clorhidrato de cocaína.		x
Usos lícitos: Se utiliza en la extracción de aceites, en la fabricación de pinturas y resinas, como componente de pegamentos y adhesivos, y en la elaboración de thinner, así como combustible para hornos.		x

Nota: Se presenta un manual de preparación de las sustancias. 2013

Tabla 15

Descripciones de características de las sustancias disolvente, thinner, acetato de etilo

Descripción de las diferentes características	SUSTANCIAS DE DISOLVENTE Alifático NRO. 2 17	SUSTANCIAS DE THINNER1 7	SUSTANCIAS DE ACETATO DE ETILO
Son llamados: 1-1125, Shellsol 2.	x		
Propiedades: Son hidrocarburos volátiles obtenidos de la destilación de naftas y gasolina natural. Son combustibles y, por lo tanto, pueden generar explosiones bajo condiciones adecuadas.	x		
Usos ilícitos: Se emplea como solvente en la preparación clandestina del clorhidrato de cocaína.	x		
Usos lícitos: Se utilizan en la industria del caucho, en la elaboración de tintas y en la formulación de thinner (disolventes).	x		
Son llamados: Adalgazantes		x	

Propiedades: Es un líquido homogéneo, volátil y transparente, compuesto por una mezcla equilibrada de disolventes, diluyentes y cosolventes. Esta combinación está diseñada para ajustar la viscosidad del producto de empaque a la viscosidad de aplicación recomendada por el fabricante, permitiendo su aplicación sin afectar su funcionalidad.

x

Sus usos ilícitos incluyen su empleo como solvente en la extracción clandestina del clorhidrato de cocaína.

x

Usos lícitos: Se utiliza en la fabricación de pinturas y esmaltes, así como disolvente en diversos procesos químicos industriales.

x

También se les conoce como: Éter acético, éster etílico del ácido acético, metil etiloacético y etanoato de etilo.

Fórmula: $\text{CH}_3\text{COO}_2\text{CH}_2\text{CH}_3$

x

Propiedades: Es un líquido incoloro, inflamable y con un agradable olor a fruta.

Usos ilícitos: Se utiliza como solvente en la conversión de la cocaína base a la cocaína clorhidrato.

x

Usos lícitos: Se emplea como solvente para la nitrocelulosa, en la fabricación de barnices y lacas. También se utiliza en la preparación de aromas artificiales, en la fabricación de pólvora sin humo, cuero y sedas artificiales, así como en perfumería.

x

Se transporta y almacena en garrafas de vidrio, bidones o barriles metálicos, así como en vagones cisterna y vagones de carga equipados con válvulas de seguridad para manejar sus propiedades inflamables de manera segura.

x

Nota: Se presenta un manual de preparación de las sustancias. 2013

Tabla 16

Descripciones de características de las sustancias metanol, acetato de butilo, dediacetona alcohol

Descripción de las diferentes características	SUSTANCIA DE METANOL	SUSTANCIA DE ACETATO DE butilo	SUSTANCIA DEDIACETONA ALCOHOL
Se denominan: alcohol metílico, carbinol, espíritu de madera, alcohol de madera.	x		
Su Fórmula: CH_3OH	x		
Propiedades: Es un líquido incoloro, inflamable y tóxico.	x		

Usos ilícitos: Se utiliza en la recristalización de clorhidratos de algunas sustancias fiscalizadas y como solvente en la conversión de la base de cocaína a clorhidrato.	x	
Sus usos lícitos incluyen ser solvente industrial, anticongelante, aditivo antidetonante de la gasolina, desnaturalizante del alcohol etílico y materia prima para la producción de formaldehído.	x	
Transporte y almacenamiento: Se recomienda almacenar en recipientes herméticos y mantenerlos alejados de fuentes de calor, chispas y llamas abiertas para garantizar la seguridad debido a sus propiedades inflamables.	x	
También se les conoce como: Éter butílico del ácido acético y acetato de n-butilo.		x
Su Fórmula: $\text{CH}_3\text{COO}-(\text{CH}_2)_3\text{CH}_3$		x
Propiedades: Es un líquido incoloro con un olor agradable.		x
Usos ilícitos: Se utiliza como solvente en la conversión de la cocaína base en clorhidrato de cocaína de manera clandestina.		x
Usos lícitos: Se emplea en la fabricación de laca, cuero artificial, película fotográfica, plásticos y como ingrediente en ciertos diluyentes de pintura.		x
Transporte y almacenamiento: Se utiliza garrafas de vidrio, barriles o bidones metálicos para el transporte y almacenamiento seguro. También se emplean vagones cisterna y vagones de carga equipados con válvulas de seguridad para manejar adecuadamente las propiedades del líquido.		x
Son llamados: Di acetona, 4-hidroxi-4-metil-2-pentanona, 4-hidroxi-2-ceto-4-metilpentano.		x
Fórmula: $\text{CH}_3\text{COCH}_2\text{C}(\text{OH})(\text{CH}_3)_2$		x
Propiedades: Es un líquido incoloro con un agradable olor.		x
Usos ilícitos: Se utiliza como solvente en la producción de acetona para la elaboración clandestina de cocaína.		x
Usos lícitos: Se utiliza como solvente en la fabricación de acetato de celulosa, como fluido desengrasante, detergente, entre otros usos industriales.		x
Transporte y almacenamiento: Se transporta típicamente en camiones cisterna o vagones cisterna, dependiendo de la cantidad y las regulaciones específicas de seguridad y manejo de productos químicos.		x

Nota: Se presenta un manual de preparación de las sustancias. 2013

Tabla 17

Descripciones de características de las sustancias de Hexano, butanol, carbonato de sodio

Descripción de las diferentes características	SUSTANCIA DE HEXANO	SUSTANCIA A DE butanol	SUSTANCIA DE Carbonato DE SODIO
Denominados: Hexano normal, n-hexano, hídrido de caproílo, hídrido hexílico.	x		
Propiedades: Es un líquido incoloro, explosivo y altamente volátil.	x		
Bastante comunes como solventes en la conversión de la cocaína a base de clorhidrato.	x		
Usos lícitos: Se utiliza en la determinación del índice de refracción de minerales, como líquido capilar para termómetros, en la preparación de adhesivos de secado rápido y pegamento de caucho, y en la extracción de aceites vegetales.	x		
Transporte y almacenamiento: Se transporta típicamente en vagones y camiones cisterna, así como en bidones de acero para asegurar su manipulación segura y conforme a las regulaciones de seguridad.	x		
Son llamados por: Alcohol butílico, 1-butanol, n-butanol, hidróxido butílico, 1-hidroxibutano, n-propilcarbinol.		x	
Fórmula: $\text{CH}_3(\text{CH}_2)_3\text{OH}$		x	
Propiedades: Es un líquido incoloro con vapores irritantes.		x	
Son llamados: Solvente en la conversión de cocaína básica.		x	
Usos lícitos: Se emplea como solvente en la disolución de grasas, ceras, resinas, goma laca, barnices y gomas en diversos procesos industriales y de fabricación.		x	
Transporte y almacenamiento: Se recomienda utilizar bidones de acero dulce sin tratar, bidones de acero esmaltado o, en algunos casos, bidones de acero inoxidable para asegurar la integridad y seguridad del líquido durante el transporte y almacenamiento.		x	
Son llamados por: Ceniza de sosa, sosa calcinada, sosa de solvay, carbonato sódico anhidro.			x
Fórmula: Na_2CO_3			x
Es un compuesto que se presenta en forma de cristales transparentes o polvo blanco cristalino, es inodoro, higroscópico (absorbe humedad del aire), soluble en agua pero casi insoluble en alcohol			x
Son llamados: En la fabricación de cocaína base, cocaína, clorhidrato y otras drogas de uso ilícito.			x
Usos lícitos: Se emplea en la producción de jabones, detergentes y limpiadores, así como en la fabricación de vidrio. También se utiliza en el lavado de telas y			x

tiene aplicaciones en la industria fotográfica y en la química analítica.

Transporte y almacenamiento: El material se empaqueta en sacos de 11, 22.5 y 45 kilogramos (25, 50 y 100 libras), en bidones de 125 y 180 kilogramos, y se transporta a granel en vagones, tolvas y camiones. La solución acuosa al 58% se distribuye en latas de 1.8 kg (4 libras) o en recipientes de 11 kg (25 libras), y no requiere precauciones especiales para su manipulación.

x

Nota: Se presenta un manual de preparación de las sustancias. 2013

Tabla 18

Descripciones de características de las sustancias tolueno, anhídrido acético, alcohol isopropílico

Descripción de las diferentes características	SUSTANCIA DE TOLUENO	SUSTANCIA DE ANHÍDRIDO ACÉTICO	SUSTANCIA DE ALCOHOL ISOPROPÍLICO
Son llamados por: metilbenceno, toluol, fenilmetano. Fórmula: $C_6H_5(CH_3)$	x		
Propiedades: Es un líquido inflamable y refringente, con un olor similar al del benceno.	x		
Son llamados: Solvente en la producción del clorhidrato de cocaína y de otras drogas.	x		
Usos lícitos: Se utiliza en la obtención del ácido benzoico y del benzaldehído, así como en la producción de explosivos, tintes y muchas otras sustancias orgánicas.	x		
Se emplea como solvente en la disolución de pinturas, lacas, gomas y resinas, así como en la extracción de diversas sustancias vegetales, entre otros usos.	x		
Transporte y almacenamiento: Se recomienda utilizar garrafas de vidrio, barriles y bidones metálicos, así como cajas de fibra vulcanizada forradas de vidrio o loza. También se transporta en vagones y camiones cisterna, barcasas y buques cisterna para garantizar la seguridad durante su manejo y almacenamiento.	x		
Son llamados por: Oxido acético, anhídrido del ácido acético, óxido de acetilo, anhídrido etanoico. Fórmula: $(CH_3CO)_2O$		x	
Sus características incluyen ser un líquido incoloro con un olor penetrante y sofocante, que emite vapores irritantes para los ojos, la nariz y la garganta, especialmente en ambientes húmedos donde puede generar humo.		x	
Son llamados: Como acetilante en la preparación de la heroína, la fenilacetona y el ácido N-acetilantranílico.		x	

Usos lícitos: Se utiliza como agente acetilante y deshidratante, especialmente en la acetilación de la celulosa y como plastificante, entre otros usos industriales.	x	
Transporte y almacenamiento: Se recomienda utilizar recipientes forrados de acero inoxidable o de etileno para asegurar el manejo seguro y adecuado del material.	x	
Son llamados por: 2-propanol, isopropanol, alcohol propílico secundario, dimetilcarbinol, petrohol, IPA. Fórmula: $(CH_3)_2CHOH$		x
Sus propiedades incluyen ser un líquido incoloro e inflamable.		x
Sirven para la recrystalización de los clorhidratos de ciertos estupefacientes.		x
Sus usos lícitos incluyen ser solvente extractor, anticongelante, descongelante y desinfectante.		x
Además, se utiliza como materia prima en la producción de acetona y otros compuestos químicos.		
Transporte y almacenamiento: Se recomienda utilizar frascos y bidones de polietileno, así como cubetas metálicas para garantizar un manejo seguro y adecuado del material durante su transporte y almacenamiento.		x

Nota: Se presenta un manual de preparación de las sustancias. 2013

Tabla 19

Descripciones de características de las sustancias metil isobutilcetona, acetato de isopropilo, gasolina 18

Descripción de las diferentes características	SUSTANCIAS DE METIL-ISOBUTIL-CETONA	SUSTANCIAS DE ACETATO DE ISOPROPIL-O	SUSTANCIAS DE GASOLINA 18
Son llamados por: Isopropilacetona, hexona, 4-metil-2-pentanona. MIBK Fórmula: $(CH_3)_2CHCH_2COCH_3$	x		
Sus características incluyen ser un líquido incoloro, inflamable y tóxico, con un olor similar al de la acetona y el alcanfor.	x		
Utilizados como solvente en la producción del clorhidrato de cocaína:	x		
Usos lícitos: Se utiliza como solvente en la disolución de gomas, resinas, lacas y nitrocelulosa, así como en la producción de	x		

recubrimientos, adhesivos y en síntesis orgánica.

Para el transporte y almacenamiento a corto plazo, se utilizan recipientes fabricados de acero al carbono, mientras que para el almacenamiento a largo plazo se recomienda emplear recipientes de acero inoxidable o forrados de estaño.	x			
Son llamados por: Éster isopropílico del ácido acético, éster isopropilacético, isopropanoato de etilo.		x		
Las características de esta sustancia incluyen ser un líquido incoloro con un agradable y ligero olor a frutas, reminiscente del ácido acético, altamente volátil y neutra, sin efecto sobre el papel tornasol.		x		
Son llamados: Solventes en la transformación de la cocaína base.		x		
Son llamados por ser combustible automotor			x	
Las propiedades de esta sustancia incluyen ser un líquido inflamable clasificado como Clase IA según la norma 321 de la NFPA, mostrándose altamente inflamable.			x	
Son llamados: En la producción de cocaína base.			x	
Sus usos legales incluyen ser utilizado como combustible para automóviles y motobombas.			x	

Nota: Se presenta un manual de preparación de las sustancias. 2013

Tabla 20

Descripciones de características de las sustancias de cemento gris, urea amoniacal, aceite combustible, kerosene 19

Descripción de las diferentes características	SUSTANCIA DE CEMENTO GRIS	SUSTANCIA DE UREA AMONICAL	SUSTANCIA DE ACEITE COMBUSTIBLE PARA MOTOR ACPM	SUSTANCIA KEROSENE 19
Son llamados: como alcalinizante en la producción de cocaína.	x			
Sus usos lícitos: sirven como materiales en construcción.	x			

Son llamados: alcalinizantes.		x		
Sus usos lícitos: tienen muchos beneficios como abono agrícola.		x		
Son llamados por: aceite diesel, ACPM.			x	
Son conocidos por su uso en la producción de cocaína. En cuanto a sus propiedades, se clasifican como líquidos combustibles clase II.			x	
Sus usos legales incluyen ser utilizado como aceite combustible para motores diesel, para la generación de energía mecánica y eléctrica, así como en quemadores de hornos, secadores y calderas.			x	
Son llamados por: petróleo.				x
Las propiedades de esta sustancia incluyen ser un líquido combustible clase II. Cuando sus vapores se mezclan con el aire en proporciones de 0.7% a 5.0% en volumen, pueden formar mezclas inflamables y explosivas.				x
Son llamados: en la conversión de la cocaína base.				x
Sus usos legales incluyen ser utilizado como combustible en estufas domésticas, así como en quemadores de hornos y secadores industriales.				x

Nota: Se presenta un manual de preparación de las sustancias. 2013

En los cuadros anteriores da a conocer las características de las diferentes sustancias, explicando cómo se los denominaba, y la parte ilícita o lícita (Urrea, 2022).

DROGAS EN ECUADOR

Según el informe del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la República del Ecuador tiene una población de 15'737878 ciudadanos, lo que la sitúa como una nación relativamente pequeña en contraste con otros países de América del Sur. No obstante, este país se destaca por los significativos cambios en su política de drogas en los últimos años. Durante la presidencia del Ec. Rafael Correa, se llevaron a cabo transformaciones relevantes, como el

indulto a las denominadas "mulas del narcotráfico" y la implementación de una nueva Constitución en 2008. Además, se tomaron medidas como la decisión de no renovar el Puesto de Operaciones de Avanzada de los Estados Unidos en la ciudad de Manta, la implementación de umbrales para prevenir la criminalización de los consumidores, la regulación de los centros de tratamiento, y la adopción de criterios y sanciones más proporcionales para combatir el tráfico ilícito de drogas. También se destaca la renuncia a las preferencias arancelarias como recompensa a la "guerra contra las drogas" (ATPDEA) y la reciente legislación sobre prevención (Paladines, 2015).

Según Paladines (2016) estos cambios en la política de drogas han afectado significativamente en la reducción de las reclusiones relacionadas con delitos de drogas en Ecuador. Aunque algunos de estos cambios han sido momentáneos o no se han sostenido a largo plazo, han representado hitos importantes en la historia del país. Por ejemplo, la amnistía a las "multas" del narcotráfico en 2008 y la reciente Constitución de la República establecieron principios que prohibieron la criminalización del consumo. Estas medidas, junto con la creación de espacios para garantizar la libertad de los individuos, han buscado cambiar las instituciones de castigo en torno a los delitos relacionados con las drogas.

Ya existe en Ecuador un alto consumo de drogas dentro de la población es considerado un fenómeno que va en aumento afectando a los adolescentes en lo mental, social y su salud. En la antigüedad se muestra como un fenómeno que liga a otras adicciones, que se muestra una mayor presencia en puntos de extrema pobreza y sociedades no tomadas en cuenta. Siendo escuelas, colegios y universidades espacios críticos que puede apoyar mucho en la toma de decisiones de las personas que cohabitan y viven en barrios de mayor presencia de droga (Cango Cobos y Suárez Monzón, 2021).

El Ecuador es declarada la más alta en consumo en comparación de los seis países de sudamericana, dicho por las naciones unidas contra la droga y delito con el consejo nacional de control de sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

Los jóvenes en el consumo de drogas en la ciudad de Guayaquil

Dentro de un estudio de determinar las causas más elevadas en las edades de 10 a 18 años que consumen en la ciudad de Guayaquil, encontrándose lo siguiente:

- La ausencia de apoyo familiar
- El entorno
- La falta de información

La Familia

Es el Núcleo central conformado por personas donde el contorno o entorno receptan y envía estímulos de forma interna o externa (Morocho, 2020).

Ortiz (2008) indica que la familia es considerada como un sistema abierto, que interactúa constantemente con su entorno mediante un intercambio de información, se ve influenciado por diversos factores que afectan el equilibrio familiar. Estos incluyen variables culturales como valores sociales, tradicionales, políticos y religiosos, los cuales son activados por los miembros de la familia en sus interacciones y reflejan posturas políticas y religiosas inherentes a su estructura.

Consumo de drogas en la niñez y adolescencia a nivel internacional

El término central es la definición de niño y adolescente un niño proviene de la terminología del castellano antiguo ninno, y este del latín común *nīnnus, meramente de forma expresiva, presumiblemente de los tartamudeos infantiles de esos dos términos surgió la palabra que actualmente conocemos como niño (Arcor, 2022).

Por otra parte, la palabra adolescente proviene del latín *adolescens*, participio de presente del término *adolescere*, "madurar, hacerse un adulto", de *ad* y *alescere*, "crecer", y este inicial de *alere*, "criar", del protoindoeuropeo con estos términos se dio origen a la palabra adolescente (Arcor, 2022).

Una vez definidos los conceptos básicos podemos hablar sobre el consumo de drogas como bien sabemos este problema mundial se ha ido desarrollando con el paso del tiempo dado a diferentes factores asociados tales como el crecimiento de mercados de venta de estas sustancias, la facilidad de encontrar estos productos y el incremento del narcotráfico en diferentes países o incluso por problemas dentro de sus hogares. Como sabemos los niños y adolescentes víctimas por esta situación ya que estos son los que son los principales compradores fuera de las instituciones o incluso se dedican directamente a otras acciones con el fin de satisfacer sus necesidades de consumo.

También se puede considerar en base al código de la niñez Ecuatoriano (2020), Artículo 4 que define el concepto de niño y adolescente como el siguiente un niño es una persona que aún no ha cumplido los 12 años de edad y un adolescente es una persona de ambos sexos que se encuentre entre los 12 y 18 años de edad.

Políticas globales implementadas para el consumo de drogas en niños y adolescentes

Se ha implementado a lo largo de los años se han incorporado leyes que nos permiten combatir el consumo de drogas en NNAJ por ello se mencionara las más destacadas.

- Convenciones y tratados internacionales: Existen varios acuerdos internacionales que abordan el problema del consumo de estupefacientes, como la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, el Convenio de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de

Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 y la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional. Estos tratados promueven el apoyo entre países para prevenir y luchar contra el tráfico ilegal de drogas y fomentar programas de prevención y control.

- **Políticas de prevención:** Los países implementan políticas de prevención del uso de las drogas en niños y adolescentes a través de programas educativos en las escuelas, campañas de concientización pública, acceso a información sobre las consecuencias de consumir drogas de forma habitual o descontrolada mediante promoción de estilos de vida saludables y fomento de actividades extracurriculares positivas.
- **Restricciones legales:** Muchos países han establecido restricciones legales sobre la venta y posesión de drogas, especialmente aquellas consideradas ilegales. Estas restricciones están diseñadas para desincentivar el acceso de niños y adolescentes a las drogas y para sancionar a aquellos que las suministran o venden a este grupo de edad.
- **Tratamiento y rehabilitación:** Es importante contar con políticas que aseguren el acceso a tratamientos y rehabilitación para niños y adolescentes que presenten problemas de consumo de drogas. Esto contiene programas de desintoxicación, terapia de rehabilitación, apoyo psicológico y servicios de atención médica especializados.
- **Investigación y monitoreo:** Las políticas globales también abarcan la investigación y vigilancia del consumo de drogas en niños y adolescentes, con el fin de comprender las tendencias, los factores de riesgo y la efectividad de las intervenciones. Esta información es crucial para adaptar políticas y programas existentes, así como para desarrollar nuevas estrategias de prevención y tratamiento.

El consumo de drogas en la niñez y adolescencia es un problema internacional y nacional.

El consumo de drogas representa un problema de salud pública a nivel global. Este documento tiene como objetivo proporcionar una base de datos sólida para comprender este fenómeno a nivel internacional, continental y específicamente en Ecuador. Para esto, se analiza una variedad de documentación con el fin de evaluar la situación actual.

Numerosas organizaciones, como la UNODC (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), entre otras, investigan y desarrollan planes enfocados en el consumo de drogas, especialmente dirigidos a la población infantil y juvenil en todo el mundo. En el país Ecuatoriana el principal organismo regulador es el ministerio de Salud y la constitución de nuestro país los cuales a lo largo de los años han iniciado diferentes programas los cuales han aportado a la disminución del consumo de este tipo de sustancias, pero también veremos qué factores son determinantes en los niños y adolescentes para el consumo de drogas.

Con toda la información que obtengamos nos permitirá conocer qué son estas sustancias, como afectan a los jóvenes, como llegar a un diagnóstico y así mismo plantear soluciones que nos permitan evaluar el cómo se podría evitar el aumento de caso, el evaluar qué factores subyacentes y las implicaciones para la sociedad.

Las diferentes causas de las adicciones en los adolescentes del Ecuador

En Ecuador uno de los problemas más predominantes que pone frente en la educación ecuatoriana, sobre todo en las instituciones educativas a nivel nacional, en base a un estudio realizado por las ONU contra la droga y la delincuencia de sustancia Estupefacientes y Psicotrópicas se hayo que se registra un 51% sobre las adicciones a las drogas, siendo las principales causas que se mencionan:

- Familia disfuncional
- Falta de apoyo familiar
- El entorno
- Desconocimiento o desinformación
- Permisibilidad legal con la despenalización

Definición del consumo de drogas y sus diferentes formas de presentación actualmente.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), las drogas son sustancias, terapéuticas o no, que al ser introducidas en el organismo humano causan alguna alteración en el funcionamiento natural del sistema nervioso central del individuo. Estas sustancias también tienen el potencial de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Por lo tanto, es fundamental desarrollar estrategias que ayuden a las personas afectadas y que prevengan el consumo mediante políticas y campañas adecuadas que cada país pueda implementar.

El mismo organismo define que el consumo de drogas hace referencia al acto de ingerir, inhalar, inyectar o utilizar de alguna manera sustancias químicas con propiedades psicoactivas o que afectan el sistema nervioso central. Estas drogas pueden ser tanto legales como el alcohol o ilegales, y su consumo puede tener consecuencias tanto positivas como negativas en la salud física y mental de los individuos.

Lo principal dentro de esto es el consumo y para comprenderlo de una forma adecuada explicaremos de dónde viene proviene el consumo de sustancias, Según Escohotado en su libro la historia de las drogas se tiene evidencias de que los primeros homosapiens en ocasiones celebraban fiestas bajo el efecto de sustancias que les daban visiones o en estado de euforia esto documentado por ellos en pinturas rupestres las cuales muestran una representación de estos estados en imágenes.

En otras épocas el consumo de drogas se daba de forma recreativa tal como los incas que masticaban la hoja de coca para así obtener un estado de euforia que les permitiera mantenerse de

forma más activa para realizar sus actividades el alcohol aun es considerado una droga de regresión dado que esta aturde nuestros sentidos para obtener un estado de felicidad.

Según la OMS (2020) las drogas son una de las principales causas de muerte esto por la facilidad de conseguir las actualmente existen diferentes formas de presentación de estas tales como:

- **Drogas orales:** Son aquellas que se consumen por vía oral, como pastillas, cápsulas, tabletas o líquidos. Ejemplos de drogas orales incluyen medicamentos recetados, como los analgésicos opioides o los sedantes, así como sustancias ilegales como las metanfetaminas en forma de pastillas o drogas hechas polvo para consumo oral tal como el cannabis.
- Drogas inhaladas:** Son sustancias que se introducen al cuerpo a través de la inhalación de vapores o gases. Esto puede incluir drogas como el tabaco (nicotina) fumado en cigarrillos, la cocaína en forma de polvo inhalado por la nariz (esnifar) o incluso productos de origen químico que generan semejantes efectos.
- **Drogas inyectables:** Son aquellas que se administran mediante la inyección directa en el torrente sanguíneo. Esto incluye drogas como la heroína, la cocaína en forma de base libre ("crack") y algunas formas de estimulantes sintéticos.
- **Drogas fumadas:** Este método de consumo implica inhalar los vapores o humos generados por la combustión de una sustancia. Algunos ejemplos de drogas que se fuman incluyen la marihuana (cannabis), el opio, la metanfetamina cristalizada ("ice") y el crack.
- **Drogas transdérmicas:** Estas drogas se absorben a través de la piel. Pueden presentarse en forma de parches, que liberan gradualmente la sustancia en el torrente sanguíneo. Un ejemplo común de droga transdérmica es el parche de nicotina utilizado para ayudar a dejar de fumar.

Consumo de drogas en la niñez y adolescencia en América Latina:

El consumo de drogas en niños y adolescentes es un tema complejo dado que la situación es única para cada país pero existen ciertos datos que podemos dar para comprender la situación en América Latina. De una muestra de 371 niños, indicaron que empezaron con sorbos de edades entre 11 a 14 años y 16 años. Los consumos iniciales se desglosan en donde el 70%, el adulto le permitía tomar, entre el 30 al 35%, los padres les ofrecía alcohol. Se encontró en estos estudios que a los padres les parecía muy normal que el adolescente tome con la mentalidad de que se podría crear una capa de protección, los consumos vienen de la parte familiar (Salguero et al., 2020).

La importancia de un enfoque integral y multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento de los adolescentes con consumo de drogas.

El enfoque integral y multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento de los adolescentes con consumo de drogas es fundamental para abordar de manera efectiva esta problemática compleja. Este enfoque reconoce que el consumo de sustancias estupefacientes en los adolescentes es un fenómeno multifactorial que involucra aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Se presentará un marco teórico conciso que destaca la necesidad de este enfoque completo y multidisciplinario.

- **Comprensión holística del individuo:** El enfoque integral considera al adolescente como un ser humano único con necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales interconectadas. Para comprender plenamente el consumo de drogas en un adolescente, es esencial considerar todos estos aspectos y cómo se relacionan entre sí. Esto implica la participación de profesionales de diferentes disciplinas, como médicos, psicólogos, trabajadores sociales y educadores, quienes aportan sus conocimientos y perspectivas específicas.

- **Evaluación exhaustiva:** El enfoque multidisciplinario permite realizar una evaluación exhaustiva y completa del adolescente con consumo de drogas. Cada profesional aporta su experiencia y utiliza herramientas y técnicas específicas de su disciplina para recopilar información relevante. Esto incluye evaluaciones físicas, evaluaciones psicológicas, evaluaciones educativas, evaluaciones del entorno familiar y social, entre otras. La evaluación multidisciplinaria proporciona una imagen más precisa y detallada de la situación del adolescente, lo que facilita el diagnóstico y la planificación del tratamiento.
- **Abordaje de factores de riesgo y protectores:** El enfoque integral y multidisciplinario permite identificar y abordar los factores de riesgo y aquellos protectores que inciden en el consumo de drogas del adolescente. Estos factores pueden ser de naturaleza biológica, psicológica, familiar, social o cultural. Al involucrar a profesionales de diferentes disciplinas, se pueden implementar estrategias específicas para fortalecer los factores protectores y reducir los factores de riesgo, lo que contribuye a un abordaje más efectivo y sostenible del problema.
- **Planificación y coordinación del tratamiento:** El enfoque multidisciplinario es esencial para la planificación y coordinación del tratamiento. Los profesionales de diferentes disciplinas trabajan en conjunto para diseñar un plan de tratamiento personalizado que aborde las necesidades específicas del adolescente. Esto implica la combinación de intervenciones médicas, psicológicas, educativas, familiares y sociales, según sea necesario. La coordinación entre los diferentes profesionales garantiza la coherencia, la continuidad y la eficacia del tratamiento.
- **Enfoque preventivo y de apoyo a largo plazo:** El enfoque integral y multidisciplinario también destaca la importancia de adoptar un enfoque preventivo y de apoyo a largo plazo. No se trata solo de tratar el consumo de drogas actual, sino de proporcionar al adolescente herramientas y recursos para prevenir recaídas y promover un estilo de vida saludable. Esto implica el seguimiento continuo, la participación de la familia, el apoyo social y el acceso a servicios comunitarios que respalden el proceso de recuperación y reintegración del adolescente.

Método del Proceso Diagnóstico de adolescentes con consumo de drogas

Existen descripciones del método del proceso de diagnóstico utilizando en la evaluación de adolescentes con consumo de drogas, una herramienta utilizada con el objetivo de comprender y abordar de manera integral su situación. Este enfoque plantea que mediante una serie de pasos interrelacionados se permite recopilar información relevante, analizarla y formular un diagnóstico preciso. A continuación, se presenta un marco teórico conciso que describe los principales pasos del método del Proceso Diagnóstico en la evaluación de adolescentes con consumo de drogas.

- La recopilación de los datos
- La evaluación en la salud física y además mental
- El análisis de la gravedad
- Los patrones de consumo
- La evaluación del entorno
- La evaluación de la motivación y la disposición al cambio
- La Formulación del diagnóstico

Las diferentes etapas y herramientas utilizadas en el proceso diagnóstico.

El proceso diagnóstico es proceso fundamental en el campo de la psicología, así mismo en la medicina, que tiene como objetivo comprender y evaluar de manera precisa el estado de salud o el problema que presenta un individuo. En este proceso se puede considerar las etapas y además del uso de diversas herramientas para que sea analizada, luego recopilar la información, y finalmente el formular el diagnóstico pertinente (Fernanda Chiliquinga et al., 2020).

- Una entrevista inicial: Inicia con la etapa del proceso del diagnóstico, la realización de una entrevista con el individuo donde se recopile la información relevante acerca de la historia, los síntomas, importante de los antecedentes médicos u otros, este espacio permitirá identificar un panorama general para establecer una cercanía con el paciente y el experto.

- Evaluación clínica: luego se utilizan las diversas herramientas con sus técnicas con la finalidad de ser evaluados los problemas y los síntomas que aporte al individuo. Podrían aplicarse los cuestionarios, considerar las escalas de evaluación, las pruebas psicométricas, se pueden considerar los registros clínicos, observación directa y evaluaciones físicas, considerando la especialidad del diagnóstico médica o psicológica.
- Una recopilación de información adicional: después de la entrevista inicial con su evaluación totalmente clínica, puede ser necesario una recopilación de información extra de diferentes fuentes secundarias, ejemplo: informes de profesionales externos, los registros médicos, informes educativos, pruebas hematológicas y estudios de diagnóstico con imágenes.
- Considerar un análisis y su síntesis de la información: Una vez alcanzada la información de gran relevancia se continua en analizar para sintetizar los datos obtenidos, permite la identificación de los patrones, las relaciones con sus posibles causas subyacentes de los síntomas o problemas presentes.
- Finalmente, la formulación del diagnóstico: Se identifica y clasifica el trastorno o la condición de salud que presenta el paciente, aplicando los criterios de diagnósticos estandarizados según el sistema de clasificación correspondiente

Intervenciones psicosociales

Este estudio pretende ofrecer una alternativa para abordar el problema de consumo en las y los adolescentes, desde una perspectiva que hace ruptura con los modelos ortodoxos y reduccionistas de centrarse en la droga o en factores aislados que no integra todos los elementos que interactúan ante un proceso de intervención.

Los postulados del interaccionismo social de Mead (1934) y del construccionismo social de Berger y Luckmann (1968) se centran en las relaciones entre las personas. Este enfoque ha sido desarrollado en el campo de la salud mental comunitaria y se destaca en los estudios sobre el apoyo social. Montero (2004) sostiene la hipótesis de que muchos problemas de comportamiento

pueden explicarse por la falta de vínculos comunitarios, la baja calidad en las relaciones de colaboración y ayuda mutua entre las personas, o como resultado del proceso de desintegración de la vida comunitaria.

La intervención psicosocial se basa en los siguientes supuestos según Blanco (2007): un modelo de sujeto sociohistórico y activo, un modelo de salud que se centra en el bienestar más que en la enfermedad, y un ámbito de actuación que no se limita solo a lo psicológico e individual, sino que también abarca lo psicosocial y está comprometido con el cambio.

La construcción de la subjetividad, tanto a nivel social como individual, implica una relación de coexistencia según González (2011). Esto significa que los procesos de formación de la subjetividad individual siempre están entrelazados con sistemas de relaciones sociales. La subjetividad no es una abstracción, sino el resultado de procesos de significación y sentido que caracterizan todos los escenarios de la vida social, delineando y sustentando los espacios sociales en los que viven los individuos.

Por otro lado, Ramírez (2015) sostiene que el abordaje psicosocial implica considerar todas las esferas que influyen en el mantenimiento de la calidad de vida, integrando aspectos intrapsíquicos, interpersonales, grupales y sociales. Esto implica reconocer que el bienestar no depende solo del individuo, sino también de las circunstancias que lo rodean y en las que se ha socializado, incluyendo su entorno interpersonal, comunitario, sistema de valores y creencias, así como las condiciones sociales, ambientales, económicas y políticas en las que se desarrolla.

Según Moreno (2014), uno de los principios fundamentales de la investigación social participativa es ir más allá de describir y explicar problemas, hacia la búsqueda de formas de resolver y transformar dichos problemas. Esto implica que los actores sociales involucrados

desarrollen mecanismos para superar situaciones difíciles, donde el investigador social actúa como dinamizador y facilitador de estos procesos.

En un estudio realizado por Tanner-Smith, Wilson y Lipsey (2013), se interpreta que las intervenciones psicosociales, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar, han mostrado efectos positivos en la reducción del consumo de drogas y en la mejora de resultados psicológicos y sociales en adolescentes.

Tendencia de intervención psicosocial

Aunque hoy en día, existen diferentes formas para las intervenciones en grandes campos o ámbitos, donde a pesar de que se pueden reflejar los resultados, tardando muchos años, se ha identificado dos grandes conceptos que son:

- Psicología social
- Psicología social Aplicada

Explicación de psicología social como disciplina

Es un conjunto de diferentes conocimientos de profesionales sociales, considerando los principios, sus categorías, categorías, sus leyes que forman un núcleo académico. Esto está intersectado con los paradigmas, métodos, metodologías que aplican sus habilidades. Por ello se implementan diferentes programas que se trata de asistir al paciente para su prevención o corrección en:

- La familia,
- Su entorno,
- La comunidad,
- El grupo al cual concurre.

Se sabe que es más fácil decirle al paciente las particulares de teoría psicológica, o

exponer los diferentes contextos sociales, que hacerlo, pero tampoco no se pueda hacer. Por lo que se ha conocido que se da a conocer los conocimientos, pero no existe la aplicación de estrategias que son interventoras (Ávila, 1997).

Según González, Fuertes y García (1988, p. 171), intervenir implica la introducción, interposición o intermediación desde una posición de autoridad de un elemento externo entre dos partes, con la intención de modificar o interferir en el funcionamiento de un proceso o sistema en una dirección específica.

Las intervenciones son realizadas en base a la presencia de un problema, una necesidad de atender donde se considera en las intervenciones lo siguiente:

- Tener la consideración de la claridad del objeto
- Tener un diagnóstico inicial
- Plantearse el tipo de cambio que se requiere llegar
- La aplicación de estrategias interventoras con sus respectivas técnicas
- Establecer un tiempo
- Finalmente, una evaluación de los resultados

Habilidades sociales

Es aquella capacidad y aptitudes para la ejecución de un fin, sus actividades sociales en general, preferiblemente que sea interactiva para obtener con facilidad de entender, percibir, descifrar que permitan responder a los estímulos sociales (Backman y Secord, 1966).

Desde la perspectiva psicosocial, el aprendizaje de las habilidades sociales

Existen técnicas que se utilizan de forma clásica dentro de los ambientes de aprendizaje de las distintas habilidades sociales que son:

- Las formas de aprender y desarrollarse dentro de los trabajos
- Aplicación de estrategias para la función adecuada de los roles
- Los grupos de apoyo y control grupal
- Los seminarios
- Las actividades grupales

Tabla 21*Tipologías de actividades*

Actividades de diagnóstico	Actividades de desarrollo	Actividades de evaluación
Tests	Simulaciones en grupos reducidos	Lectura y debate
Experiencias previas	Visualización de vídeos	Autoanálisis de las propias habilidades sociales y de su evolución a lo largo de la asignatura
	Intervención de expertos	Propuesta de intervención para un compañero de clase
	Guiones escritos y propuestas de casos Role-playing / modelado	Role-playing de una actuación profesional Evaluación del role-playing de los compañeros

Nota: Las diferentes tipologías de actividades. Genoveva Rosa, Lisette Navarro-Segura y Paco López. 2014.

Se aplican en las experiencias previas, es decir se solicita que recuerden a través de la reflexión para escribir las situaciones que han vivido anteriormente, esto se aplica con la intención de obtener elementos.

Tabla 22*Actividades de diagnóstico*

Actividades	Propósito	Temporalización
Experiencias previas descritas en una ficha	Identificar situaciones significativas que requieran el uso de habilidades sociales	Al inicio de la asignatura
Tests (de asertividad, de escucha activa, de	Contrastar la autopercepción del control	Previo al inicio de cada tema

observación del estilo comunicativo) sobre una habilidad con una medida objetiva

Nota: Existen actividades de diagnósticos. Genoveva Rosa, Lisette Navarro-Segura y Paco López. 2014.

Las actividades de las simulaciones de grupos pequeños son a través de actividades de desarrollo, esto es para el fortalecimiento de la confianza (Rosa et al., 2014).

Tabla 23

Listado de actividades

Actividades	Propósito	Temporalización
Simulaciones en grupos reducidos	Aplicar las indicaciones de actuación expuestas	En las diferentes sesiones de la asignatura
Visualización de vídeos	Ejemplificar y visualizar los temas expuestos	En las diferentes sesiones de la asignatura
Intervención de expertos	Ampliar los contenidos trabajados en el aula	En sesiones específicas
Guiones escritos y propuestas de casos	Trabajar con situaciones significantes para los estudiantes / resolver dudas concretas sobre situaciones vividas	En sesiones específicas
Role-playing / modelado	Aplicar las indicaciones de actuación expuestas	En las diferentes sesiones de la asignatura

Nota: Lista de actividades en desarrollo. Genoveva Rosa, Lisette Navarro-Segura y Paco López. 2014.

Tabla 24

Lista de actividades de evaluación

Actividades	Propósito	Temporalización
Lectura y debate sobre un libro	Tomar conciencia del estilo comunicativo propio y de los demás	En el tramo final de la asignatura, en sesiones específicas
Autoanálisis de las propias habilidades sociales y de su evolución a lo largo de la asignatura	Analizar la evolución de adquisición de competencias específicas durante el desarrollo del programa	Al principio y al final del semestre

Propuesta de intervención para un compañero de clase	Aprender a generar planes específicos de desarrollo de habilidades sociales	En el tramo final de la asignatura
Role-playing de una actuación profesional	Mostrar evidencias de las competencias adquiridas y las áreas de mejora	En sesiones específicas de evaluación, una vez finalizado el período de clases
Evaluación del role-playing de los compañeros	Evaluar el desempeño competencial de los compañeros en la adquisición de las competencias sociales	En sesiones específicas de evaluación, una vez finalizado el período de clases

Nota: Lista de actividades de evaluación. Genoveva Rosa, Lisette Navarro-Segura y Paco López. 2014.

Qué son los centros de intervenciones en las adicciones de drogas

Según el informe de CETAD sobre los centros de intervenciones (2019), se prevé que son instituciones especializadas que ofrecen apoyo mediante evaluaciones, tratamientos y rehabilitaciones a personas con problemas de consumo de drogas. Estos centros tienen como objetivo brindar intervención profesional y personalizada para abordar las necesidades específicas de los individuos con adicción a las drogas. Los servicios que ofrecen estos centros incluyen evaluaciones exhaustivas, desintoxicación supervisada, tratamientos terapéuticos basados en evidencia, programas de restitución y reinserción social, así como apoyo y seguimiento continuo.

Estos servicios buscan ayudar a los individuos a superar la adicción, desarrollar habilidades de afrontamiento, establecer relaciones saludables y mantener una vida libre de drogas. Es importante tener en cuenta que los centros de intervenciones para drogadictos en Ecuador pueden variar en su disponibilidad y en los servicios específicos que ofrecen, dependiendo de la región y la organización responsable. Por lo tanto, se recomienda buscar información actualizada y confiable, como la que brinda el Ministerio de Salud de Ecuador y otras organizaciones

especializadas en adicciones, para obtener información completa sobre los centros para sumarse a lo que está disponible en el país.

Ilustración 10

Protocolo psicosocial



República
del Ecuador

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud
Área de Comunicación, Imagen y Prensa

CENTRO DE SALUD CONOCOTO

TEMA:

FECHA:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TELÉFONO	FIRMA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Nota: Instrumentos para atención psicosocial

Ilustración 11 *Inventario de consumo*

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

Nombre:			Fecha:	
Pre-tratamiento ()	Post-tratamiento ()	1er seguimiento ()	2do seguimiento ()	
Instrucciones: Señala en la lista varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas. Lea cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo de drogas, de acuerdo a la escala que a continuación se le presenta:				
• Si usted "nunca" consumió drogas en esa situación, marque 0 • Si usted "rara vez" consumió drogas en esa situación, marque 1 • Si usted "frecuentemente" consumió drogas en esa situación, marque 2 • Si usted "casi siempre" consumió drogas en esa situación, marque 3 Anote la droga que usted consume con mayor frecuencia: _____			0 Nunca	1 Rara vez
			2 Frecuentemente	3 Casi siempre
1. Cuando estaba feliz				
2. Cuando quería probarme si podía usar esa droga con moderación				
3. Cuando me sentí tembloroso				
4. Cuando estuve en un lugar donde antes consumí o compre la droga				
5. Cuando estaba deprimido por todo en general				
6. Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato				
7. Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien				
8. Cuando me invitaron a casa de alguien y sentí que era inapropiado rehusarme en el momento en que me ofrecieron la droga				
9. Cuando quería tener más energía para sentirme mejor				
10. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo				
11. Cuando me sentí seguro y relajado				
12. Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mí				
13. Cuando me sentí enfermo				
14. Cuando inesperadamente me la encontré				
15. Cuando sentí que ya no tenía a dónde más acudir				
16. Cuando estaba con un amigo cercano y quisimos sentirnos aún más unidos				
17. Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás				
18. Cuando salí con mis amigos y ellos insistieron en ir a algún lugar a consumir la droga				
19. Cuando sentí que mi familia me estaba presionando mucho				
20. Cuando quería bajar de peso para mejorar mi apariencia física				
21. Cuando me sentí emocionado				
22. Cuando quería probarme si podía consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto				
23. Cuando sentí náuseas				
24. Cuando vi algo que me recordó la droga				
25. Cuando sentí que me dejé fracasar				
26. Cuando estaba con amigos y quería divertirme más				
27. Cuando otras personas me rechazaron				
28. Cuando estuve con un grupo que consumía esa droga y sentí que esperaban que me les uniera				

Nota: Instrumento para el inventario de consumo. Versión adaptada al español por De León y Pérez, 2001.

Ilustración 12

Instrumento para el inventario de consumo

• Si usted "nunca" consumió drogas en esa situación, marque 0 • Si usted "rara vez" consumió drogas en esa situación, marque 1 • Si usted "frecuentemente" consumió drogas en esa situación, marque 2 • Si usted "casi siempre" consumió drogas en esa situación, marque 3 Añote la droga que usted consume con mayor frecuencia: _____	0 Nunca	1 Rara vez	2 Frecuente en la semana	3 Casi siempre
29. Cuando me sentí abrumado y quería escapar				
30. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mí				
31. Cuando me sentía satisfecho con mi vida				
32. Cuando quise probar si podía estar con amigos que consumen drogas sin consumirlos				
33. Cuando tuve problemas para dormir				
34. Cuando había estado bebiendo alcohol y pensé en consumirlos				
35. Cuando estaba aburrido				
36. Cuando quería celebrar con un amigo				
37. Cuando parecía que no les caía bien a los demás				
38. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar				
39. Cuando tenía dolor de cabeza				
40. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas				
41. Cuando recordé cosas buenas que habían pasado				
42. Cuando quería probar si podría estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo				
43. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor				
44. Cuando escuché a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga				
45. Cuando me sentí solitario				
46. Cuando estaba pasándola bien con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual				
47. Cuando alguien me trató injustamente				
48. Cuando estaba con un grupo en el que todos estaban consumiendo esta droga				
49. Cuando no me estaba llevando bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo				
50. Cuando tuve algún dolor físico				
51. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer				
52. Cuando había pleitos en mi casa				
53. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor				
54. Cuando empecé a recordar que buen acento sentí cuando la consumí.				
55. Cuando me sentí ansioso por algo				
56. Cuando necesité coraje para enfrentar a otra persona				
57. Cuando alguien interinó con mis planes				
58. Cuando alguien trató de controlar mi vida y quise sentirme más independiente				
59. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo				
60. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela				

Nota: Instrumento para el inventario de consumo. Versión adaptada al español por

De León y Pérez, 2001

Ilustración 13*Instrumento del cuestionario de Duke*

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Nota: Refleja el instrumento del cuestionario de Duke UNC.

Protocolo de las intervenciones en consumo de drogas

La OMS ha promovido el uso del desarrollo y validación del instrumento del cuestionario llamada ASSIST, para la aplicación de atención primaria que permita la identificación a tiempo de los individuos que desean controlar o renunciar el consumo de drogas, esto conlleva de 5´ a 10´, proporcionando información como:

- En el cuestionario consulta del consumo de alguna vez en la vida
- En el cuestionario consulta del consumo de los últimos tres meses
- En el cuestionario consulta de problemas relacionado al consumo
- El riesgo de daño actual o futuro
- Mencionar el tema de dependencia
- El uso de la droga por la vía parental

Capítulo III

EL CONTEXTO

Ecuador es un país que forma parte del noreste de América del Sur con su nombre oficial República del Ecuador, ubicado en la línea ecuatorial. En la ficha del país que es pública establece sus datos básicos comprendido en su idioma, su religión, su forma de estado, divisiones administrativas, sus provincias, sus datos geográficos, indicadores sociales, estructura del producto interior bruto, coyuntura económica, Comercio exterior, distribución del comercio exterior (Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2021).

A continuación, se detalla los datos básicos del país *Ecuador*:

- *Sus características generales*: Su nombre oficial es República del Ecuador, cuenta con una superficie de 256.370 km². Dentro de su límite se menciona que está situado en América del sur, ubicado al noreste, lindando al océano pacífico, limitado al norte con Colombia, al sur y este con Perú, finalmente al oeste con el océano pacífico. Su población es aproximadamente de 17,23 millones de habitantes. La capital es Quito. Ecuador tiene sus respectivas provincias con sus capitales divididas en 4 regiones que son Costa, Sierra, Amazonía e insular. Otras características que se puede mencionar:

- *El Idioma*: La Constitución de 2008 establece que el castellano es el idioma oficial de Ecuador, junto con el quechua y el shuar, los cuales tienen un carácter oficial en el contexto de las relaciones interculturales. Asimismo, los demás idiomas ancestrales son reconocidos como oficiales en las zonas donde son hablados por los pueblos indígenas, siempre y cuando se ajusten a las disposiciones legales correspondientes. Por otro lado, a partir del 9 de septiembre de 2000, la moneda de circulación legal en Ecuador es el dólar estadounidense.

- *La religión*: Ecuador no se establece ninguna religión como oficial, pero la religión mayoritaria es la católica, aunque cada vez son más comunes las comunidades evangélicas protestantes.

- *La Forma de Estado:* La Constitución de 2008 establece que Ecuador es una República Unitaria, y su Carta Magna, conocida como la Constitución de Montecristi, define al país como un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural y plurinacional. La organización del Estado es republicana y se rige de manera descentralizada. Posteriormente, con la reforma constitucional en 2011, se crearon dos nuevos poderes del Estado, el Poder Electoral y el de Participación y Control Ciudadano, que se sumaron a los tres poderes ya existentes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

- *En la División Administrativa:* Ecuador se divide en 24 provincias a cuyo frente se sitúa un Gobernador (designado por el presidente) y un Prefecto (elegido por votación popular). A su vez, estas se dividen en cantones (221). Se puede mencionar las regiones que cuenta el país que son:

- Costa.
- Sierra.
- Amazonía u oriente.
- Insular Galápagos.

En cada una de estas regiones cuenta con sus provincias, su conformación de grupo de funciones, dirigidas directamente con los representantes de cada una de las provincias como entidades administrativas, los responsables de disminuir las responsabilidades del gobierno son aquellos que establecen comités, congresos y otras reuniones en beneficio de la provincia. A pesar de que es muy variada se destaca por su cordillera de los Andes. A continuación, se menciona las 24 provincias que Ecuador cuenta:

Tabla 25*Provincias del Ecuador*

PROVINCIAS DEL ECUADOR						
1.	AZUAY	8	ESMERALDAS	15	NAPO	22 ORELLANA
2.	BOLÍVAR	9	GUAYAS	16	PASTAZA	23 SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS
3	CAÑAR	10	IMBABURA	17	PICHINCHA	24 SANTA ELENA
4	CARCHI	11	LOJA	18	TUNGURAHUA	25 ZONA EN ESTUDIO
5	COTOPAXI	12	LOS RÍOS	19	ZAMORA CHINCHIPE	
6	CHIMBORAZO	13	MANABÍ	20	GALÁPAGOS	
7	EL ORO	14	MORONA SANTIAGO	21	SUCUMBÍOS	

Nota: Clasificador geográfico estadístico 2023 esquema de codificación de la división política-administrativa del país (actualizado al 31 de diciembre de 2022). INEC- dirección de cartografía estadística y operaciones de campo (DICA) 2023.

- *Su Geografía:* Ecuador tiene sus riquezas naturales variadas, destacando la presencia de la cordillera de los Andes, la cual se extiende desde el norte hasta el sur del territorio y forma dos cadenas montañosas paralelas conocidas como la cordillera oriental y la cordillera occidental. Existen otras grandes alturas en los Andes Ecuatorianas que se menciona a continuación:

- a) El volcán Chimborazo, que se eleva a una altitud de 6.310 metros, es la montaña más alta de todo el país.
- b) El Cotopaxi, cuya altura es de 5.897 metros, junto con el Cayambe (5.790 m) y el Antisana (5.704 m) son algunas de las montañas más altas del territorio.
- c) Su división de los Andes se dividen en tres regiones la primera la llanura costero Costa, un territorio que se compone de vastas extensiones de terreno plano y bajo que se encuentran intercaladas con islas, siendo la isla de Puná la más destacada de todas y ubicada

en el centro de la bahía de Guayaquil; el segundo son las montañas andinas o Sierra; la tercera es la selva amazónica u oriente y finalmente la cuarta región con las Islas galápagos, Se trata de un conjunto de 13 islas de origen volcánico que se encuentran en el Océano Pacífico, a una distancia de aproximadamente 1.120 kilómetros de la costa. En la región occidental, los ríos más destacados son el Esmeraldas y el Guayas, que desembocan en el océano, mientras que en la zona oriental se encuentran los ríos Aguarico, Napo, Tigre y Coca, los cuales desembocan en el río Amazonas.

Ilustración 144

Latinoamérica - Localización del Ecuador

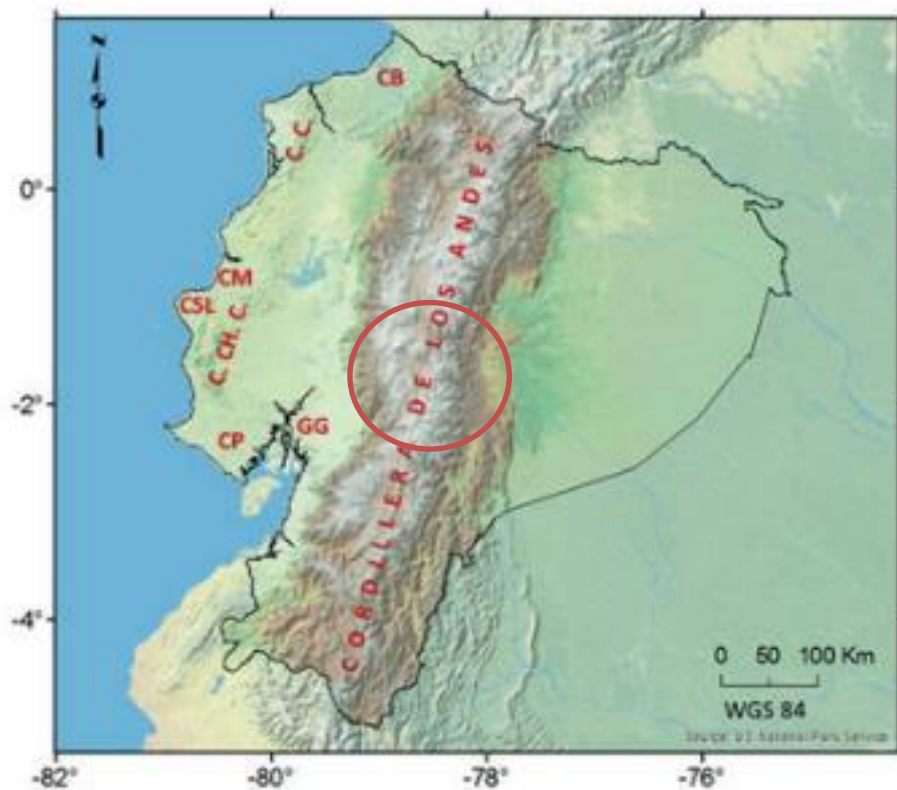


Nota: Ecuador tiene 24 provincias, entre ellas está Guayas perteneciente a la región costa o costanera. 2023.

Para este ítem se describe solo la región costa ya que es donde está ubicado la situación actual del tema doctoral donde se aborda la investigación. Está situada en la vertiente occidental de la cordillera de los Andes, al oeste de esta y sobre la corteza oceánica acertada. Su extensión se encuentra desde la línea de costa hasta una altura de unos 1.200 metros. La región se encuentra en latitudes que van desde 1°S hasta 2°12'S, siendo más amplia en esta última latitud y estrechándose gradualmente a medida que se acerca a la frontera con Perú. La evolución de la región ha llevado a la formación de cuatro cuencas de ante-arco importantes: Borbón, Manabí, El Progreso y el golfo de Guayaquil. La subsidencia de las primeras tres ocurrió durante el Mioceno Temprano, mientras que la cuarta se dio en el Pleistoceno (Fern *et al.*, 2020).

Ilustración 15

Topografía del Ecuador



Nota: En el punto GG hace referencia al Golfo de Guayaquil. Parra, 2016. Modificado 2023.

En la zona al pie del lado oeste de la cordillera Occidental se origina el río Daule, que más tarde se une con los ríos Vinces y Babahoyo para formar el río Guayas, uno de los sistemas fluviales más importantes de Ecuador. Aunque muchos bosques han sido destruidos para la agricultura y la urbanización, todavía hay vegetación primaria, incluyendo bosques lluviosos, bosques secos, sabanas tropicales y manglares. Las playas son una atracción turística principal en la región, y también hay puertos activos como Esmeraldas, Manta, Bolívar y Guayaquil.

Ilustración 16

Topografía de Ecuador II



Nota: La ciudad de Guayaquil. Parra, 2016. Modificado 2023.

La provincia del Guayas está comprendida en 28 cantones como se puede apreciar en la tabla debajo.

Tabla 26

Cantones del Guayas

CANTONES					
1	GUAYAQUIL	7	DURÁN	13	PALESTINA
2	ALFREDO BAQUERIZO MORENO (Juján)	8	EL EMPALME	14	PEDRO CARBO
3	BALAO	9	EL TRIUNFO	15	SAMBORONDÓN
4	BALZAR	10	MILAGRO	16	SANTA LUCÍA
5	COLIMES	11	NARANJAL	17	SALITRE
6	DAULE	12	NARANJITO	18	SAN JACINTO DE YAGUACHI

Nota: La provincia de Guayaquil hace unos varios años atrás solo tenía 25 cantones, pero en los últimos años se añadió a 3 más dando un total de 28. (actualizado al 31 de diciembre de 2022). INEC- dirección de cartografía estadística y operaciones de campo (DICA). 2023.

Tabla 27*Ex Cantones del Guayas*

CANTONES			
19	PLAYAS	24	GENERAL ANTONIO ELIZALDE
20	SIMÓN BOLÍVAR	25	ISIDRO AYORA
21	CORONEL MARCELINO MARIDUEÑA	26	SALINAS
22	LOMAS DE SARGENTILLO	27	SANTA ELENA
23	NOBOL	28	LA LIBERTAD

Nota: La provincia de Guayaquil hace unos varios años atrás solo tenía 25 cantones, pero en los últimos años se añadió a 3 más dando un total de 28. (actualizado al 31 de diciembre de 2022). INEC- dirección de operaciones de campo y cartografía estadística (DICA). 2023.

Anteriormente se indicó que para el estudio del tema se centrará de la región costa la provincia de Guayas, cantón Guayaquil, siendo su cabecera y capital provincial, considerada uno de los puertos de Ecuador. Tiene Ahora daremos a conocer cuáles son sus parroquias, comprendidas en los siguientes sectores:

- Parroquias urbanas
- Parroquias rurales

Dentro del grupo de parroquias urbanas son:

Tabla 28*Parroquias Urbanas de Guayaquil*

#	PARROQUIAS URBANAS		
1	AYACUCHO	9	ROCA
2	BOLÍVAR (SAGRARIO)	10	ROCAFUERTE
3	CARBO (CONCEPCIÓN)	11	SUCRE
4	FEBRES CORDERO	12	TARQUI
5	GARCÍA MORENO	13	URDANETA
6	LETAMENDI	14	XIMENA

7	NUEVE DE OCTUBRE	15	PASCUALES
8	OLMEDO (SAN ALEJO)		

Nota: Son 15 parroquias urbanas de la ciudad de Guayaquil. (actualizado al 31 de diciembre de 2022). INEC- dirección de cartografía estadística y operaciones de campo (DICA). 2023.

Dentro del grupo de parroquias rurales son:

Tabla 29

Parroquias Rurales de Guayaquil

#	PARROQUIAS RURALES
1	*CHONGÓN
2	JUAN GÓMEZ RENDÓN
3	MORRO
4	*PASCUALES
	*PLAYAS (GRAL.
5	VILLAMIL)
6	POSORJA
7	PUNÁ
8	TENGUEL

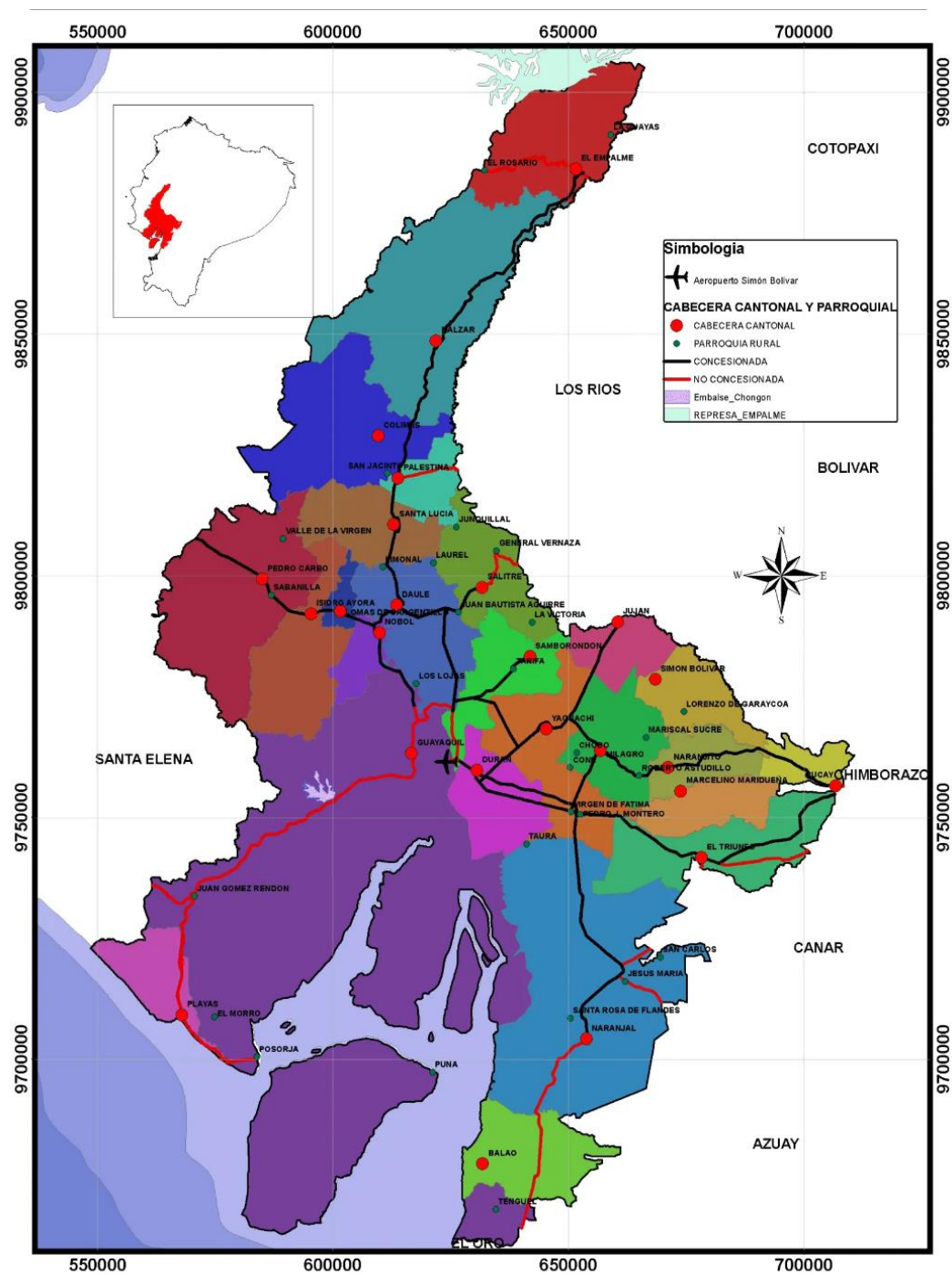
Nota: Son 8 parroquias rurales de la ciudad de Guayaquil. (actualizado al 31 de diciembre de 2022). INEC- dirección de cartografía estadística y operaciones de campo (DICA). 2023.

Los cantones marcados con un asterisco (*) y sombreados, representan jurisdicciones que se incorporan a nuevas provincias. También se refiere a parroquias rurales que se convierten en urbanas, o que pasan a formar parte de un nuevo cantón o son eliminadas (INEC & DICA, 2021).

En el siguiente grafico nos da a conocer como esta sectorizado que nos muestra el grupo técnico del Gad del Guayas.

Ilustración 17

Sectorización del Guayas



Nota: Equipo técnico del Gad Provincial del Guayas 2022.

a) **Población:** Según el reporte del Censo de Población y Vivienda del INEC del año 2010, el cantón Guayaquil posee una población de 2.350.915 habitantes, lo que lo convierte en el cantón más habitado de Ecuador, representando el 16% de la población total del país. De esta población, el 51% son de sexo femenino y el 49% son de sexo masculino. Un grupo significativo de la población (9,84%) se encuentra en el rango de edad de 10 a 14 años, mientras que solamente un pequeño porcentaje (0,22%) tiene 90 años o más.

Tabla 30

Demografía de Género

GENERO	CANT. HABITANTE
Hombre	1,158,221.
Mujeres	1,192,694
TOTAL	2'350.915

Nota: La ciudad aún predomina la mayor tasa en mujeres que varones, cifras tomadas del último censo en el INEC 2010. 2023

Durante el año 2016, se reportaron 10.729 matrimonios en el puerto principal, lo que representa una disminución del 12,47% en comparación con la cantidad registrada hace una década. Por otro lado, los divorcios experimentaron un aumento del 81,91%, pasando de 2.593 en 2006 a 4.717 el año pasado. A diferencia de la propensión nacional, donde la mayoría de los matrimonios ocurren en diciembre, en Guayaquil, la mayor cantidad de enlaces se produjo en octubre, coincidiendo con las festividades octubrinas. Durante los últimos cinco años, se observó una disminución del 13,79% en la cantidad de nacimientos registrados en Guayaquil, pasando de 51.668 en 2012 a 44.543 en 2016. De los nacimientos registrados en 2016, 22.882 corresponden a niños y 21.661 a niñas. Dando que el INEC menciona que en el 2017 en la ciudad de Guayaquil existen 2'644.891 habitantes, convirtiéndola en ciudad con mayor población del país.

b) **Educación en la ciudad de Guayaquil,** Según estadísticas proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la tasa de analfabetismo en el cantón disminuyó del 3%

en 2019 al 2,8% en 2021. Además, se registró un aumento en la asistencia al nivel de bachillerato del 88% al 90%, mientras que, en el nivel primario, la asistencia creció del 93,5% al 94,4%.

El éxito en dicho logro se debe a la implementación de varios proyectos y programas municipales en Guayaquil, que han permitido que los niños, adolescentes y jóvenes de sectores populares tengan acceso a la educación. Algunos de estos programas incluyen "Más Libros", "Educando en el Camino", "Maestros Ejemplares", la distribución de tabletas y credenciales para acceder a Wifi, becas para el rendimiento académico sobresaliente y la renovación de instalaciones educativas.

El Ministerio de Educación menciona que, en el período académico 2022-2023, en Guayaquil cuenta con la población estudiantil más grande de Ecuador, con 689.549 alumnos inscritos, lo que supera a su competidor más cercano, Quito, por 86.447 estudiantes (603.102 inscritos). En la capital, la tasa de analfabetismo aumentó del 2,3% al 2,4% durante el período analizado.

Este balance educativo cobra importancia en el marco del Día Internacional de la Alfabetización, que se celebra cada 8 de septiembre. La administración municipal de Guayaquil ha desembolsado USD 63 '198.818,37 en educación entre mayo de 2019 y julio de 2022.

El programa "Más Libros" y el proyecto "Generación Digital" han beneficiado a un total de 1 '274.330 personas en Guayaquil.

"Más Libros" ha sido uno de los programas más destacados, llegando a 500 instituciones educativas y beneficiando a 673.093 estudiantes, quienes han recibido libros que han complementado sus clases.

Por otro lado, el proyecto "Generación Digital" busca reducir la brecha tecnológica mediante la entrega de tabletas a los estudiantes, y ha beneficiado a 262.000 alumnos.

Además, como parte de la agenda de desarrollo tecnológico, se han instalado 9.000 puntos de acceso wifi en todo el cantón, lo que ha permitido que 339.237 estudiantes obtengan credenciales para acceder a internet con mayor facilidad.

c) **Salud**, la ENSANUT 2018 es un estudio estadístico realizado mediante muestreo probabilístico y forma parte del Programa Nacional Estadístico que se lleva a cabo cada cinco años. Su principal enfoque es obtener indicios sobre los principales problemas y la situación de salud de la población de Ecuador, con el objetivo de evaluar y crear políticas públicas relacionadas con temas de salud y nutrición.

Tabla 31

Porcentajes de Poblaciones Femeninas

[illegible]

	Zamora Chinchipe	3,14	1,16	0,87	5,42	36,90	0,11	6	127
	Galápagos	2,03	1,42	-0,76	4,82	70,06	0,05	2	102
	Sucumbíos	10,27	2,84	4,71	15,84	27,61	0,58	18	196
	Orellana	8,42	2,22	4,07	12,77	26,33	0,34	16	191
	Sto. Domingo De Los Tsáchilas	10,70	1,95	6,88	14,51	18,20	0,57	33	321
	Santa Elena	5,37	1,97	1,50	9,24	36,78	0,89	10	166
Identificación étnica	Indígena	3,21	0,65	1,94	4,47	20,15	0,51	39	611
	Afroecuatoriano	8,50	2,99	2,64	14,35	35,15	2,22	16	186
	Mestizo	6,40	0,71	5,01	7,78	11,03	2,90	208	3347
	Blanco	9,29	5,36	-1,23	19,81	57,71	1,74	4	59
	Montuvio	19,54	3,81	12,06	27,02	19,52	2,83	29	213

Nota: Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que estuvieron casadas o en unión antes de los 15 años. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018.

Tabla 32

Porcentajes de Población Adolescente

Desagregación		Indicadores	SE	Límite inferior	Límite superior	CV	DEFF	Numerador muestral	Denominador muestral
Nacional		2,03	0,16	1,71	2,35	8,08	2,88	421	21348
Área	Urbano	2,25	0,22	1,82	2,68	9,72	3,11	257	12014
	Rural	1,58	0,22	1,14	2,02	14,18	2,27	164	9394
Región natural	Sierra	1,20	0,21	1,11	1,93	13,87	2,71	128	7737
	Costa	2,47	0,27	1,95	3,00	10,79	3,19	172	7359
	Amazonía	1,89	0,25	1,41	2,38	13,09	0,44	109	5611
	Insular	1,83	0,49	0,87	2,80	26,85	0,05	12	641
Provincia	Azuay	1,67	0,57	0,56	2,79	33,97	1,90	10	511
	Bolívar	1,94	0,51	0,94	2,93	26,15	0,38	14	736
	Cañar	1,64	0,78	0,11	3,17	47,57	1,36	7	553
	Carchi	2,31	0,98	0,38	4,23	42,66	0,91	10	523
	Cotopaxi	2,53	0,64	1,27	3,79	25,44	1,04	20	874
	Chimborazo	1,33	0,40	0,55	2,12	30,00	0,83	14	886
	El Oro	1,91	0,42	1,08	2,74	22,16	0,81	25	1389
	Esmeraldas	2,93	0,69	1,57	4,29	23,62	1,47	30	1004
	Guayas	2,74	0,47	1,83	3,65	16,98	4,39	47	1691
	Imbabura	1,50	0,60	0,32	2,67	40,00	1,58	8	632
	Loja	2,25	0,71	0,85	3,65	31,66	1,66	11	713

	Los Ríos	2,75	0,58	1,61	3,89	21,14	1,47	36	1247
	Manabí	1,68	0,50	0,70	2,65	29,73	2,97	17	1125
	Morona Santiago	2,15	0,75	0,68	3,62	34,79	0,71	13	742
	Napo	2,08	0,45	1,19	2,96	21,69	0,19	26	1351
	Pastaza	1,57	0,38	0,82	2,32	24,27	0,15	19	935
	Pichincha	1,1	0,45	0,23	1,97	40,48	6,35	10	618
	Tungurahua	0,97	0,50	-0,01	1,96	51,61	1,56	5	443
	Zamora Chinchipe	2,00	0,58	0,87	3,14	28,90	0,28	18	762
	Galápagos	1,83	0,49	0,87	2,80	26,85	0,05	12	641
	Sucumbíos	2,14	0,62	0,92	3,37	29,15	0,59	21	866
	Orellana	1,23	0,41	0,43	2,04	32,27	0,31	12	955
	Sto. Domingo De Los Tsáchilas	2,02	0,47	1,10	2,94	23,18	0,65	19	1236
	Santa Elena	2,29	0,64	1,03	3,55	28,01	0,92	15	794
Sexo	Hombre	2,42	0,23	1,96	2,87	9,51	2,44	247	10565
	Mujer	1,62	0,21	1,21	2,03	12,92	2,88	174	10783
Identificación étnica	Indígena	1,49	0,34	0,83	2,16	22,72	1,44	66	3641
	Afroecuatoriano	2,44	0,69	1,08	3,79	28,42	1,76	23	884
	Mestizo	2,10	0,19	1,73	2,48	9,09	3,05	310	15814
	Blanco	1,99	1,39	-0,73	4,72	69,69	3,06	4	245
	Montuvio	1,39	0,49	0,42	2,36	35,63	2,00	18	764

Nota: Delgadez en adolescentes de 12 a 19 años. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018

Podemos también dar a conocer con respecto a la salud mental que es parte del estudio de esta propuesta.

Tabla 33

Perfiles de Morbilidad Actuales

Código CIE-10	Descripción	Nº Consultas	%
F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	162286	23.9
F30-F39	Trastornos del humor	91671	13.5
F70-F79	Retraso mental	60070	8.8

F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicotrópicas	49240	7.2
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico	40527	6.0
F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotópico y trastornos de ideas delirantes	40264	5.9
F90-F98	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	36787	5.4
F00-F09	Trastornos mentales causados orgánicos incluidos los trastornos sintomáticos	34729	5.1
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones física y a factores somáticos	13778	2.0
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	11180	1.6
F99	Trastorno mental no especificado	698	0.1
	Total	541230	100

Nota: Perfil de morbilidad salud mental en establecimientos de los tres niveles de atención. RDACAA, PRAS; PCISRSMCCE, Año 2020

El informe indica que en el país hay 8 hospitales especializados en salud mental, ubicados en Guayaquil (1), Quito (5), Cuenca (1) y Santo Domingo de los Tsáchilas (1), disponibles a través de los Servicios de Salud y Medicina Prepaga (ACCES). Según la información proporcionada por tres de estos hospitales, se cuenta con un total de 385 camas, siendo las mujeres las que más utilizan estos servicios para trastornos del estado de ánimo, seguido de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de personalidad y abuso de sustancias. Sin embargo, los resultados son presentados cuando los familiares lo reportan o son llevados pero los que no se reportan aún son muchos.

De las estadísticas del hospital, se registró que el 92% de los pacientes ingresaron involuntariamente. En cuanto al tiempo de estadía, se observó que 140 pacientes habían permanecido en el hospital por más de diez años en dos establecimientos, mientras que 58 pacientes habían estado allí por un periodo de uno a cuatro años y 780 personas por menos de un año. En los

tres hospitales, el tiempo de estancia varió desde menos de un mes hasta un máximo de cinco meses. En cuanto a las restricciones físicas, se aplicaron en un 2.5%, 60%, y 98% del total de pacientes ingresados en el año 2020 en los tres hospitales. Afortunadamente, no se registraron casos de desabastecimiento de psicofármacos. Sin embargo, la atención en adolescentes la tasa es baja (Cortez, 2019).

Podemos indicar que en el año 2019 se conoció que en la disponibilidad de profesionales en la salud mental del país ecuatoriano en RPIS, se va cambiando en base del subsistema. Se indica que en el MSP está la mayor demanda de profesionales. Se indica que de 100000 habitantes la tasa es de 4.2 psicólogos, 0.4 psiquiatras y 0.3 terapistas ocupacionales.

Tabla 34

Profesional de Salud Mental

Tipo de profesional	Cantidad	Tasa/100000 hbts
Psiquiatría	412	2.3
Psicología	12772	71.3
Terapia ocupacional	956	5.3

Nota: Profesionales en la salud mental en Ecuador. Cortez, Andres ACCES 2020

No se conoce la distribución exacta por niveles de atención

Tabla 35

Tipos de profesionales en subsistemas de salud

Subsistema	Psicología	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Psiquiatría	Coordinador Técnico	Médico General	Operador de Casa	Bioquímica Farmacéutica	Nutricionista	Enfermera	Admisión
MPS	759	82	45	73	12	11	149	12	10	51	12
IESS	184	-	-	58	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Los tipos profesionales en subsistema de salud. MSP, IESS. Año 2020

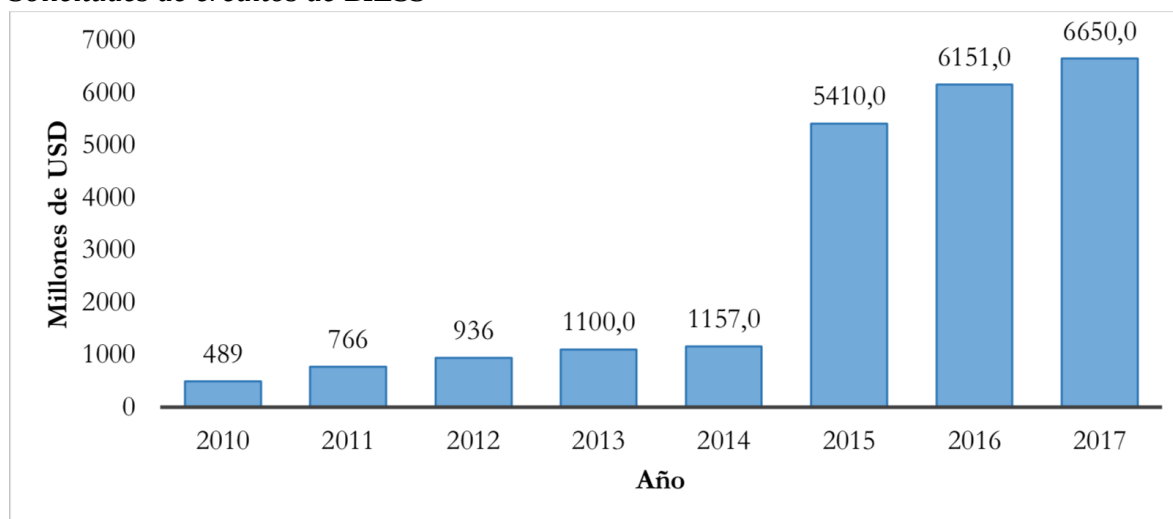
En este literal presenta un desfase de profesionales para la atención de los 17 millones aproximadamente de habitantes, sobre todo de las ciudades más pobladas del Ecuador, entre ellas se encuentra la ciudad de Guayaquil.

d) Vivienda: El informe de rendición de cuentas de 2017 menciona que el Banco del IESS es actualmente la institución líder en el mercado y ofrece una de las tasas de interés más atractivas para los préstamos hipotecarios, además de poder financiar el 100% del valor de la propiedad. Debido a la gran escasez de viviendas en nuestra sociedad, se consideró necesario que nuevas entidades, además de las privadas, participaran en este ámbito. Por esta razón, el gobierno de la época impulsó la creación del Banco del IESS, entre otros motivos (Mendoza Freire, 2019).

El problema de esto es que no hay accesibilidad por los más vulnerados, personas de bajos o limitados recursos, se conoce que la ciudad de Guayaquil la población va en incremento como se conoce en la figura de abajo.

Ilustración 18

Solicitudes de créditos de BIESS



Nota: Se encuentra un incremento de solicitudes de créditos del BIESS. Jonathan Mendoza Freire 2018

e) Existe más información referente a la ciudad de Guayaquil que se menciona:

- Características generales
- Actividades Económicas
- Característica de la educación
- Características del Hogar
- Característica de la vivienda u otros

Esta información es bajo el marco de la cooperación para el desarrollo sostenible en Ecuador Gobierno de la República del Ecuador y el Sistema de las Naciones Unidas han mantenido una gran colaboración para fomentar la paz y el progreso en América Latina y en todo el mundo, reafirmando su adhesión a la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y los principales tratados internacionales y regionales de derechos humanos, tomando nota de la Agenda de Desarrollo Sostenible, cuyo propósito es de reforzar la paz universal a través del desarrollo y la libertad, para las personas, el planeta, la prosperidad y las alianzas, considerando la Visión 2030 del Ecuador hacia su bicentenario de vida republicana, que lo proyecta como un Estado constitucional que garantice los derechos de todas las personas a lo largo de su ciclo de vida, aboliendo la discriminación, y que promueva un desarrollo equitativo de carácter económico y social mediante una economía que genere alto valor agregado, a la vez que fomente una sociedad basada en valores de solidaridad y corresponsabilidad (ONU ECUADOR, 2019).

Se ha tenido la proyección de la realización de las metas de los Objetivos Nacionales de Desarrollo y la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, con un enfoque en no dejar a nadie atrás, y prestando especial atención a grupos vulnerables como niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas adultas mayores, personas en situación de movilidad humana, pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios. Se podría mencionar una sin afinidades de las intenciones buenas de la ONU en Ecuador, pero ¿Cuál es el impacto que está teniendo en la ciudad de Guayaquil en los niños y adolescentes? Podemos apreciar los objetivos de desarrollo sostenible que tiene la intención de transformar nuestro mundo:

Tabla 36

Objetivos de desarrollo sostenible

DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO

1	Fin de la Pobreza	7	Energía Asequible y No Contaminante
2	Hambre Cero	8	Trabajo decente y crecimiento económico
3	Salud y Bienestar	9	Industria, Innovación e Infraestructura
4	Educación de calidad	10	Reducción de las desigualdades
5	Igualdad de Género	11	Ciudades y Comunidades sostenibles
6	Agua y Saneamiento	12	Producción y consumo responsables

Nota: La ONU de Ecuador proporciona los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. ONU 2019-2022

Tabla 37

Objetivos de desarrollo sostenible II

#	DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO
13	Acción por el clima
14	Vida submarina
16	Paz, justicia e instituciones sólidas
17	Alianzas para lograr los objetivos

Nota: La ONU de Ecuador proporciona los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. ONU 2019-2022

En el año 2015 se llevó a cabo un compromiso histórico en el que participaron representantes de 193 países, incluyendo Ecuador. Este compromiso fue la aprobación de estos 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales fueron acordados después de más de tres años de negociaciones que contaron con la presencia y participación de todos los países miembros de la ONU, ONG y otros actores relevantes como lo menciona el CCPID-G Consejo Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil, donde además menciona que desde el año 2000 000 establecieron 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que representaban el compromiso de

proteger la dignidad humana, la igualdad y la equidad, y de erradicar la pobreza extrema en todo el mundo. Aunque se había establecido como plazo el año 2015 para alcanzar todas las metas establecidas, pero no se logró cumplir con todas ellas.

Ilustración 19

Objetivos de desarrollo sostenible



Nota: De los 17 objetivos el enfoque de la tesis a tratar es el 3. ONU 2019-2022.

Debido a esto y con el fin de abordar las tareas pendientes, los Estados reafirmaron su compromiso con el desarrollo social y la erradicación de la pobreza, mediante la adopción de una nueva agenda que establece una guía para los próximos 15 años, llamada "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible".

Se tiene el compromiso de lograr el desarrollo sostenible de manera equilibrada e integrada en los ámbitos económico, social y ambiental, mediante 17 objetivos que contienen 169 metas. Los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) incluyen iniciativas como:

1. La eliminación de la pobreza a nivel mundial,
2. La erradicación del hambre y la promoción de la seguridad alimentaria,
3. La garantía de una vida saludable para todas las personas y
4. Una educación de calidad,

5. Promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de mujeres y niñas,
6. Fomento de la disponibilidad de agua en todo el mundo y
7. La reducción de las desigualdades, entre otros.

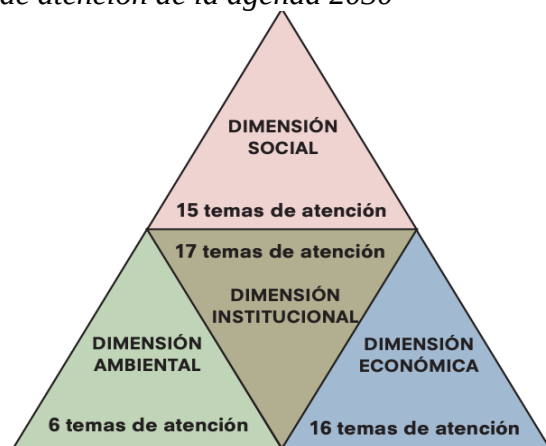
Para la atención de lo mencionado, una de las líneas de acciones han sido los talleres o charlas como de sensibilización de violencia de género contra las mujeres, reparación integral de derechos de las víctimas, derechos de familia, protección infantil de salud, programas de barrios y comunidades libres de violencia etc., un sinnúmero de temas, pero no al consumo de drogas o de cualquier índole con respecto a la drogadicción en la ciudad de Guayaquil con niños y adolescentes.

Objetivos del plan de desarrollo sostenible

El objetivo es reforzar y renovar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible. Actualmente, sólo Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Suecia y Reino Unido cumplen con el compromiso de destinar un 0,7% de su ingreso nacional bruto a la ayuda oficial al desarrollo.

Ilustración 20

Aspectos de atención de la agenda 2030



Nota: Se presenta los aspectos de atención de la Agenda 2030 por objetivos y dimensión del desarrollo. ODS 2019.

Los temas de mayor atención están enfocados a los cuatro dimensiones que tiene el desarrollo sostenible que son: Ambiental, Social, Económica e Institucional. Para ello se plantearon una agenda hasta el 2023 (Lima-Rodrigues y Rodrigues, 2020).

Se plantea metas para la situación de la niñez y adolescencia en el ODS con el objetivo 3 considerada “Línea de base del ODS 3”, haciendo referencia a “. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, metas específicas en niñez y adolescencia y línea de base de Ecuador” (Observatorio Social del Ecuador, 2019)

Tabla 38

Descripciones de metas

Metas	Línea de base Ecuador
Meta 3.1. De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 mil NV.	2016: Tasa de mortalidad materna: 39,7 por 100 mil NV. Fuentes: INEC Base de datos de defunciones, 2007 - 2016. Proyecciones de nacimientos. Elaboración: OSE, 2018
Meta 3.2. De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1000 nacidos vivos.	2016: Tasa de mortalidad neonatal: 5 por 1.000 NV Tasa de mortalidad de la niñez (menores de 5 años) 11 por 1.000 NV Fuentes: INEC Base de datos de defunciones, 2016. Proyecciones de nacimientos. Elaboración: OSE, 2018
Meta 3.3. De aquí a 2030 poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.	2016: 8% del total de casos de VIH-SIDA corresponden a personas de 0 a 19 años. Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados (por grupo de edad) 0 a 14 años: 0,015. Transmisión vertical en niños y niñas. En el grupo de edad de 0 a 1 año se reportan 13 casos que significa, el 0,2%. Entre los de 2 a 4 años se registran 0,4%. Fuente: MSP Elaboración: DNEPC

Meta 3.4. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, reducir la tasa de suicidio y promover la salud mental y el bienestar.

2016: Tasa de suicidio 10 por 100 mil adolescentes

Fuentes: INEC Base de datos de defunciones, 2016.

Para el denominador se utilizaron los datos poblacionales de la ENEMDU11, 2016

Elaboración: OSE, 2018

Nota: Esquema número 2, donde se plantea las metas hasta el 2030 en el objetivo 3 de salud y bienestar. Observatorio Social del Ecuador. 2019

Tabla 39

Descripciones de metas II

Meta 3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

2015: % de adolescentes que se han embriagado por lo menos una vez en su vida: 24%.

% de adolescentes que han fumado una vez en su vida: 21%.

% adolescentes entre 12 y 17 años que dicen haber visto a algún estudiante consumiendo drogas en su colegio en los últimos 30 días: 29%.

Fuente: ENAI, 2015

Elaboración: OSE, 2018

Meta 3.6. De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

2016: Tasa de muertes en adolescentes de 12 a 17 años por accidentes de tráfico: 7 por 100 mil adolescentes.

Fuentes: INEC Base de datos de defunciones, 2016. Para el denominador se utilizaron los datos poblacionales de la ENEMDU 2016.

Elaboración: OSE, 2018

Meta 3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

2014: % de adolescentes de 12 a 17 años cuyo parto fue atendido por personal profesional de salud: 95%.

Fuente: INEC - ECV – Sexta Ronda 2013-2014

Elaboración: OSE, 2018

Nota: Esquema número 2, donde se plantea las metas hasta el 2030 en el objetivo 3 de salud y bienestar. Observatorio Social del Ecuador. 2019

Tabla 40

Descripción de metas III

Metas	Línea de base Ecuador
Meta 3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.	2015: % de niños, niñas y adolescentes que recibieron atención de salud cuando estuvieron enfermos o tuvieron un accidente: 99%. Fuente: ENAI, 2015 Elaboración: OSE, 2015
Meta 3.8.1. Cobertura de las intervenciones con trazadores (por ejemplo, inmunización completa de los niños, parto a cargo de personal sanitario especializado, etc).	2014: % de niños y niñas que tienen el esquema completo de vacunación: 59%. Fuente: INEC - ECV – Sexta Ronda 2013-2014. Elaboración: OSE, 2018

Nota: Esquema número 2, donde se plantea las metas hasta el 2030 en el objetivo 3 de salud y bienestar. Observatorio Social del Ecuador. 2019

Podemos observar la meta 3.5 que indica sobre la reducción del consumo de droga en adolescentes. Donde en la ciudad de Guayaquil se visibiliza que se realizan sus programas, planes y proyectos alineados al ODS donde unos de los objetivos de mayor atención en considerar en poner en acción son el tres (salud y bienestar), además de considerar el objetivo 4 (educación de calidad). Sin embargo, para la redacción de este contexto nos centraremos en el objetivo 3, no hay que olvidar que dentro de la línea de acciones se considera el “Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 de Ecuador”. Se mencionan 5 ejes, con 16 objetivos, 55 políticas y 130 metas (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2021)

Antes de continuar, revisemos lo que indica que el Plan, donde delimita las preferencias nacionales durante el lapso especificado, en consonancia con el Plan de Gobierno 2021-2025 y la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. Cada una de las estrategias planteadas se enfoca en asuntos importantes para Ecuador; y presenta una o varios objetivos relacionados que permitirán el monitoreo y la valoración constante para su realización bajo su estructura de 5 eje que se presenta:

1. Eje Económico y Generación de Empleo: 4 objetivos, 14 políticas y 38 metas.
2. Eje Social: 4 objetivos, 20 políticas y 46 metas.
3. Eje Seguridad Integral: 2 objetivos, 5 políticas y 13 metas.
4. Eje Transición Ecológica: 3 objetivos, 9 políticas y 17 metas.
5. Eje Institucional: 3 objetivos, 7 políticas y 16 metas.

Con la consecución de este contexto se plantea enfocarse al eje 2, que es la parte social donde menciona sobre el "eje social del Ecuador", refiriéndose a la estrategia gubernamental para elevar el nivel de las condiciones sociales, económicas y culturales de la población del país, a través de políticas y programas que buscan mejorar la educación, la salud, la igualdad de género, el acceso a la vivienda, la erradicación de la pobreza, y otros temas sociales de relevancia. La finalidad del eje social es alcanzar un desarrollo integral del país, con el propósito de fomentar el bienestar y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Veamos a más detalle de este eje que hace referencia al objetivo 5, 6, 7 y 8.

Tabla 41

Descripciones de objetivos 5 y 6

OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO DE ODS
5	Proteger a las familias, garantizar sus derechos y servicios, erradicar la pobreza y promover la inclusión social.	1. Fin a la pobreza
6	Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.	3. Salud y bienestar

Nota: Se puede conocer el eje numero dos que contempla los objetivos 5, 6, 7 y 8 del Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025

Tabla 42

Descripciones de objetivos 7 y 8

OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO DE ODS
7	Potenciar las capacidades de la ciudadanía y promover una educación innovadora, inclusiva y de calidad en todos los niveles.	4. Educación de Calidad
8	Generar nuevas oportunidades y bienestar para las zonas rurales, con énfasis en pueblos y nacionalidades.	11. Ciudades y Comunidades Sostenibles

Nota: Se puede conocer el eje numero dos que contempla los objetivos 5, 6, 7 y 8 del Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025

En la actualidad, el planeta aún afronta una crisis sanitaria global sin precedentes, la cual es la pandemia de COVID-19. Esta enfermedad ha propagado el sufrimiento humano, provocado la inestabilidad económica a nivel mundial y ha generado cambios drásticos en la vida de miles de millones de personas en todo el mundo, pero así mismo existen otros factores que les está costando nuevas generaciones de jóvenes como es el consumo de heroína. Se indica que se tiene la intención de mejorar la prevención y tratamiento del abuso de drogas, incluyendo la utilización inapropiada de sustancias narcóticas y el consumo excesivo de alcohol, con el fin de fortalecer esta área y así evitar problemas de salud asociados a estas prácticas para esta presente propuesta nos enfocaremos al objetivo seis del eje dos del Plan de Desarrollo de Oportunidades 2021- 2025 que se encuentra vigente (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2021).

También se suma UNICEF en Ecuador debido al incremento de consumo de droga en el Ecuador ya que, según el Análisis realizada de la situación de los niños, niñas y los adolescentes

que se reporta en el 2021 que más del 34% de los adolescentes indicaron de haber consumido alcohol, el 17% al menos haber consumido tabaco, y el 9% con referente al consumo de droga por lo menos 1 vez por semana, esto coinciden con los datos de CICAD que estos son usados en las mismas edades, inclusive a menos edades (Reichenbach et al., 2019)

La problemática de consumo de drogas en niños y adolescente también lo resalta la Organización Panamericana de la Salud como la secretaría técnica de Prevención Integral de Drogas, indica que la más consumida es la marihuana, sin embargo, se refleja un aumento de consumo con la heroína, sobre todo en las ciudades de Guayas y Azuay, por el mayor incidente de tráfico de droga. En el año 2015 se dio a conocer Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno socio Económico de las Drogas y además la Regulación y control de Sustancias definidas como “Sujeto a Fiscalización”, para reconocer los diferentes enfoques sanitarias, sociales, económicas, seguridad de la ciudadanía, con ello dio el inicio de la existencia del Comité Interinstitucional de drogas, considerado como el cuerpo colegiado y que va a gobernar la articulación de las políticas públicas, creando la “Secretaría Técnica de Drogas” donde en la actualidad se llama “Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas”, responsable de generar asesoría, coordinar, direccionar políticas y articular sobre el tema, desarrollando los programas, planes y acciones (Técnica, 2021).

La secretaria Técnica se encuentra articulando como parte de las acciones en diversos ámbitos, en base a las necesidades en base a las intervenciones, lanzando el plan Nacional de Prevención Integral y control 2017-2021, informando que también el Ministerio de Salud Pública (MSP) tiene planes de mejorar la atención de salud mental en diferentes niveles, por medio de una red de centros de tratamiento de adicciones públicos y privados. como:

- Con referente a la Salud
- En la educación
- A la parte laboral
- Comunitario, familiar
- La cultura, deportivo y recreativo
- La parte comunicacional e información
- El desarrollo Alternativo

Los 2 entes son los responsables de las planificaciones (MSP y secretaria técnica), sin embargo, como el plan era desarrollado hasta el 2021 y ya estamos año 2023, se consideró dos subdivisiones dentro del plan de desarrollo que se encuentra el “Plan Nacional de Prevención Integral y Control del fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021”, implementando la participación de diversos actores, como el gobierno, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad internacional. que son:

1. Reducción de la demanda,
2. Reducción de la Oferta

El punto uno hace referencia a la comprensión de todas las medidas y propuestas que se vinculan con el fomento del bienestar, prevención, detección, curación, restauración, mitigación de peligros y perjuicios, y participación en la sociedad. El segundo punto indica la reducción de la disponibilidad y adquisición de drogas por medio de actos e iniciativas que ayudan a las diferentes formas que permiten regular, monitorear y finalmente fiscalizar las drogas ilícitas.

Sin embargo, en el año 2018 “el *Comité Interinstitucional de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas, Regulación y Control de uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización*”, resolvió que era necesario mantener los servicios ciudadanos que tenía cargo el SETED sea precedida a la ministra de Salud, delegada por el primer mandatario de la república para que sea asumido por el ministerio de Salud y del Interior. En la actualidad aún no se reciben informes de mejoras del tema.

Por otro lado, en la Encuesta Nacional de Acoso Escolar ENAE, en el año del 2015 levanto una información en los adolescentes en Ecuador sobre los consumos de las sustancias que son adictivas. Menciona que al menos 1 vez se ha embriagado y han visto que han consumido droga con el 18%.

Tabla 43

Consumo de sustancias adictivas en adolescentes

Indicador	Frecuencia	Año 2015	Urbano	Rural	Costa	Hombre	Mujer

Adolescentes entre 12 y 17 años que se han embriagado alguna vez.	Consumo por lo menos una vez	24%	23%	28%	18%	28%	21%
Nunca		76%	77%	72%	72%	69%	79%
Adolescentes entre 12 y 17 años que dicen haber visto algún estudiante consumiendo drogas en su colegio o alrededores.	SÍ	29%	30%	29%	18%	38%	26%
	NO	71%	70%	71%	82%	62%	74%

Nota: Se menciona el consumo en adolescente de sustancias que son adictivas en el año 2015, desde la INEC – ENAI, 2015. 2023

En la siguiente tabla se reagrupó desde los datos bajo el informe consumo de droga en las américas para identificar el consumo a nivel ecuatoriano (Reichenbach et al., 2019).

Tabla 44

Informe de consumo en las Américas

DESCRIPCIÓN	Año 2014, 2016				
DEL CONSUMO	% consumo	% universitarios	Estudiantes % 8vo	Estudiantes % 9vo	Estudiantes % 10mo
alcohol	15%	51%			
Tabaco y nuevos	9%	30%			
Inhalables	0.1%	0.1%	2.0%	2.2%	2.1%

Marihuana	10%	10%	20%	30%	25%
cocaina	0.2%	Por debajo	1.5%	2.5%	3%
PBC	0.1%	Por debajo	1.2%	2.3%	2.6%
CRACK	1.3%	Por debajo	0.9%	1.3%	1.3%
Extasis	0.1%	0.4%	1.5%	2.5%	3.5%
Anfetamina	0.05%	0.39%	Por debajo	Por debajo	Por debajo
Metanfetamina	0.0%	0.33%	Por debajo	Por debajo	Por debajo
LSD y nuevas sustancias	>1%	>1.6%	Por debajo	Por debajo	Por debajo

Nota: Informe del consumo de drogas en América en el país de Ecuador, basados en muestras probabilísticas, datos basados desde la OEA CICAD. 2019

Debemos recordar que desde la consecución de la tabla de consumo de drogas en el Ecuador que se planteó desde el 2013 ha ido incrementando el consumo en la niñez y adolescencia, inclusive el CICAD quien es la Comisión Interamericana para el Control de Droga del Abuso de Drogas, formando parte en la Organización de Estados Americanos OEA del continente americano, menciona el elevado consumo en la marihuana, éxtasis y sustancias inhalables (Mora, 2018)

Pero en el 2015 se recibió el informe entregado de CONSEP, de las nuevas escalas para las sanciones del tráfico de drogas, bajo resolución del 9 de septiembre del 2015, donde se reflejaba de la escala mínima de la heroína que hace referencia a la “H”, con la finalidad de la protección del consumidor, debido a que se indica en el artículo de la constitución de la república 364 que “... *drogadicción es un problema de salud pública. El Estado será responsable de desarrollar programas coordinados de información, prevención y control de alcohol, tabaco, estupefacientes y drogas y sustancias psicotrópicas; y también brinda atención y rehabilitación a usuarios ocasionales, habituales y problemáticos*” (Moreira & Guerrero, 2021)

La OEA-CICAD en el 2019 en las emergentes en las Américas mencionan que los opioides sintéticos son entre las nuevas sustancias psicoactivas, son comercializados, esto hace referencia a la éxtasis, cocaína o la heroína, donde las autoridades dan al descubierto de nuevas en sustancias en la categoría psicoactivas, atrayendo nuevos grupos de consumidores, sobre todo por su atracción

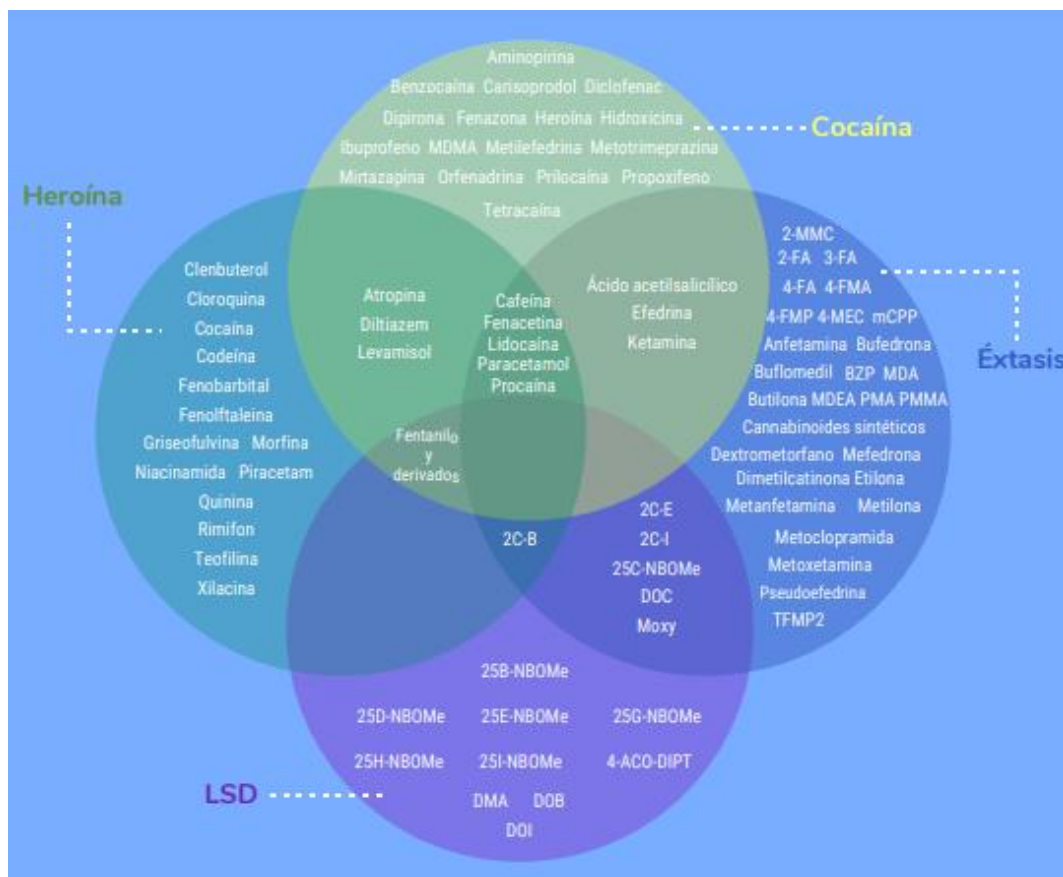
del precio, sin considerar de forma consciente de los efectos dañinos que puede atraer, donde son los traficantes que han ido ofreciendo sustancias nuevas psicoactivas como si fueran tradicionales, la misma situación que se encuentra ocurriendo en los nuevos opioides sintéticos y el fentanilo pasándose como heroína , se señala que los estudiantes de Ecuador son consumidores de cannabinoides sintéticos en pocas porciones, así mismo en los países de Perú y Colombia (OEA, 2020).

El conocimiento de estos consumos es de vital consideración y conocimiento donde el gráfico menciona que contiene cada producto, en la heroína, cocaína, éxtasis, LSD.

El informe de las Américas también expresa el desafío que representa la aparición e incremento de NSP, sustancias falsificadas y drogas tradicionales que se mezclan con las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) u otros adulterantes tóxicos.

Ilustración 21

Adulteraciones en drogas



Nota: Las adulteraciones de las drogas en la salud de la población, en las muestras de éxtasis, cocaína, LSD y heroína. CICAD 2019.

Tablas de Valores de Drogas

El Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Concep), presentó las nuevas escalas sobre la sanción del tráfico de drogas. Desde el año 2014 se ha establecido una modificación de clasificación de la heroína, también denominada "H", que establece que la cantidad mínima corresponde a cero hasta 0,1 gramos, la cantidad intermedia va de 0,1 a 0,2 gramos, la cantidad alta se encuentra entre 0,2 y 20 gramos, y la cantidad máxima es superior a 20 gramos. En cuanto a las sustancias estupefacientes, también se han ajustado las cantidades permitidas de posesión de pasta base de cocaína, clorhidrato de cocaína y marihuana.

Ilustración 22

Cambios en vigencias legales en drogas

Sustancias estupefacientes

TABLA QUE SE APLICA A PARTIR DE LA VIGENCIA DEL CÓDIGO INTEGRAL PENAL

	Julio 2014		Septiembre 2015		
PENAS	Mínima escala 2 a 6 meses		Mediana escala 1 a 3 años		Alta escala 5 a 7 años
					Gran escala 10 a 13 años
ESCALA (peso neto en gramos)	HEROÍNA				PASTA BASE DE COCAÍNA
	MÍNIMO		MÁXIMO		MÍNIMO
	2014	2015	2014	2015	2014
MÍNIMA	0	0	1	0,1	50
MEDIANA	1	0,1	5	0,2	500
ALTA	5	0,2	20	20	2.000
GRAN ESCALA	20 en adelante				2.000 en adelante
	CLORHIDRATO DE COCAÍNA				MARIHUANA
	MÍNIMO		MÁXIMO		MÍNIMO
	2014	2015	2014	2015	2014
MÍNIMA	0	0	50	1	300
MEDIANA	50	1	2.000	50	2.000
ALTA	2.000	50	5.000	5.000	10.000
GRAN ESCALA	5.000 en adelante				10.000 en adelante

EL UNIVERSO

EL UNIVERSO

Nota: Cambios del consumo de drogas en los años 2014 y 2015. Los datos tomados de la COIP. 2023

Ante la presencia de estos cambios se creó una iniciativa de un “Plan nacional de protección integral de la niñez y adolescencia al 2030”, de parte del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII), la creación del marco de grupo de trabajo con el propósito primordial de proteger a la niñez y adolescencia donde constituye la tercera país del Ecuador, como lo marca en la Constitución con su marco normativo, donde reconoce que los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, reconociendo sus derechos más específicos por su edad a la integridad psíquica y física (Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) & Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII), 2021) El INEC-ENSANUT menciona sobre la protección enfrentando al consumo del alcohol y las drogas, esas adicciones como <<trastorno por consumo de sustancias>> que hace daño al comportamiento y el cerebro produciendo incapacidad del control del consumo de drogas o medicamentos legales e ilegales, en las bases de datos obtenidos de Instituto Nacional de

Estadísticas y Censos (INEC), mencionan el número de muertes por las defunciones por consumo de alcohol y otras drogas que se encuentran clasificadas por el tipo de droga, y la edad.

Tabla 45

Egresos hospitalarios por provincia

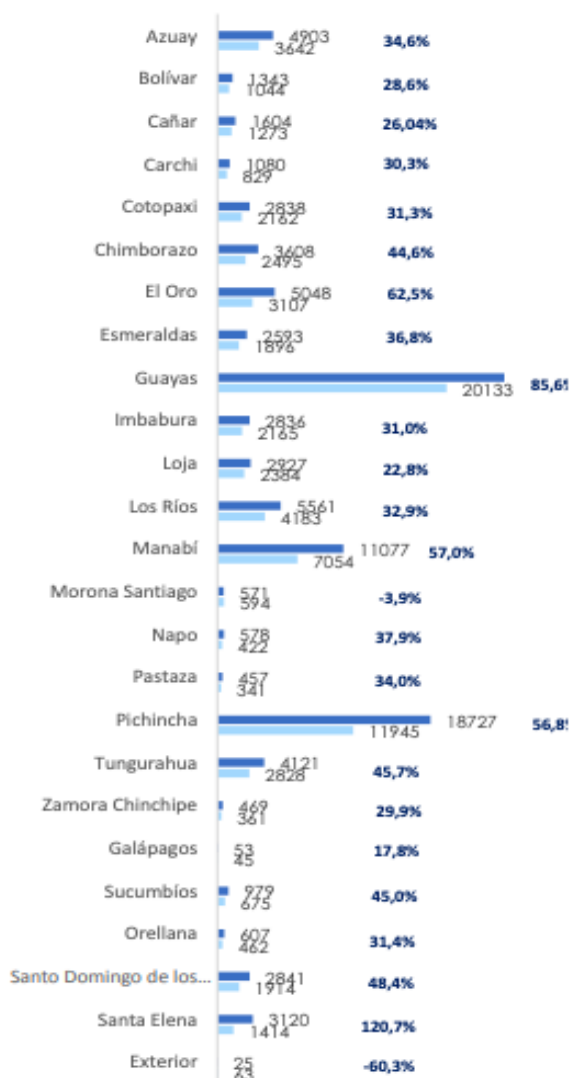
PROVINCIA	Egresos hospitalarios	%
Nacional	1,038,235	
Azuay	61,492	5.9%
Bolívar	10,788	1.0%
Cañar	18,757	1.8%
Carchi	11,337	1.1%
Cotopaxi	24,569	2.4%
Chimborazo	30,591	2.9%
El Oro	45,895	4.4%
Esmeraldas	28,219	2.7%
Guayas	243,294	23.4%
Imbabura	38,352	3.7%
Loja	34,397	3.3%
Los Ríos	47,967	4.6%
Manabí	84,434	8.1%
Morona Santiago	15,300	1.5%
Napo	8,049	0.8%
Pastaza	8,047	0.8%
Pichincha	204,706	19.7%
Tungurahua	38,451	3.7%
Zamora Chinchipe	9,432	0.9%
Galápagos	1,788	0.2%
Sucumbíos	12,190	1.2%
Orellana	7,541	0.7%
Santo Domingo de los Tsáchilas	31,381	3.0%

Santa Elena	20,453	2.0%
Exterior	805	0.1%

Nota: Registro Estadístico de Camas Hospitalarias – 2021. Porcentaje de egresos hospitalarios, según provincia de residencia del paciente año 2021.

Ilustración 153

Defunciones por provincia



Nota: Datos estadísticos de las defunciones generales por provincias del periodo 2020. Boletín técnico Registro estadístico de defunciones generales. Julio 2021.

Uno de los boletines informativos refleja un gran porcentaje de defunción está situado en la Costa de la provincia del Guayas (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2021).

El MIES, los ministerios de Salud, educación y la CETED trabajan en conjunto para el establecimiento de políticas preventivas en contra del consumo de drogas, donde el propósito es, proporcionar orientación a los equipos técnicos del MIES en cuanto a la prevenir de manera integral el consumo de estupefacientes, con el fin de sensibilizar y guiar a la comunidad tanto urbana como rural, enfocándose especialmente en grupos como mujeres en estado de embarazo, infantes, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, núcleos familiares, y usuarias de los servicios mencionados.

Situación actual en los colegios y consumo de H zona 8 mayor concentración consumo de H por varios años. El consumo de estupefacientes alucinógenas no es algo de las últimas décadas que comprenden el inicio de este nuevo siglo, es un problema con raíces arraigadas desde la antigüedad. Hoy en día la adicción a estas sustancias se considera una problemática de orden público la cual está afectando de gran manera a la juventud especialmente a los adolescentes que son presas fáciles de los expendedores de este veneno letal que mata lentamente. Ecuador no es la excepción a este problema, a nivel nacional Guayaquil se posiciona como una de las ciudades más afectadas. Entre los tipos de drogas que se encuentra en el mercado ilícito de estas sustancias, encontramos la droga denomina "h", este psicotrópico tiene por base la heroína con una mezcla de ingredientes impensables para el consumo humano.

Dentro del país ecuatoriano se encuentra una de las más grandes ciudades como la de Guayaquil y donde más se desarrolla el gran crecimiento del consumo de drogas, entre ellas la cocaína, la marihuana y la heroína (HACHE), esta última sustancia es la más consumida en adolescencia y la brecha va en aumento (Moreira & Guerrero, 2021)

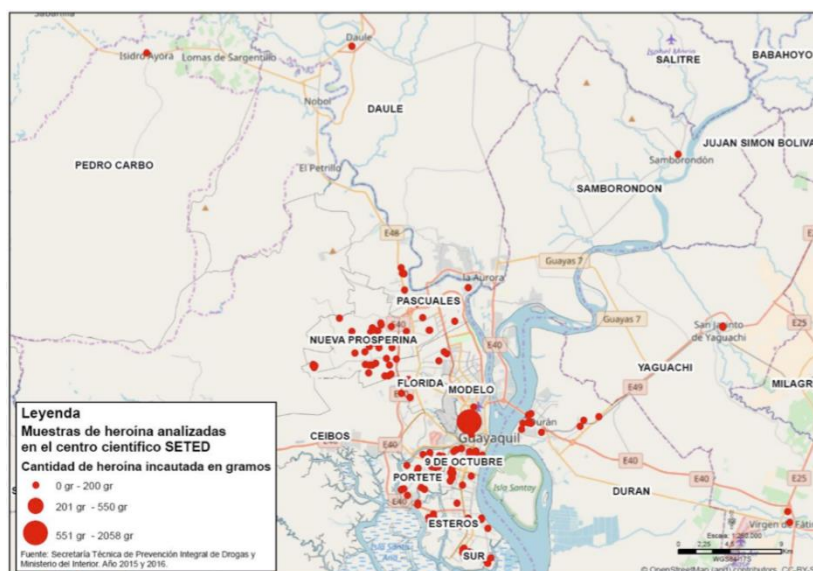
En un informe de caracterización química de 233 muestras entre los años 2013-2016 en la heroína indica que ha existido mayor cantidad incautada fue en la provincia del Guayas, incautando el 73,78% en Guayaquil en las zonas más rurales, en los distritos como 9 de octubre, modelo, Nueva Prosperina, y Portete. Existe el comercio en la tendencia de esta droga dirigido para el consumo interno, que distribuyen en los diferentes distritos de Nueva Prosperina, Modelo, Florida, Pascuales, 9 de octubre, Guasmo Sur, Durán y Esteros (SETED, 2018)

En el año 2020, el 70% de edades entre 10 y 23 años mencionan que la droga de mayor consumo es la heroína o denominada "H" en el sector de Bastión Popular, ubicada en el norte de la ciudad;

así como en el sector de El Guasmo y la Calle 8, ubicados en el sur, de acuerdo con el programa municipal Por un Futuro sin Drogas.

Ilustración 24

Distribución de muestras de heroína.



Nota: Los puntos rojos refleja la distribución de muestras de heroína. Subsecretaría Técnica de Análisis, Prospectiva y Evaluación - SETED. 2018

El análisis de 233 muestras se encontró que se encontraban en mezclas, dando que el 81% contenían del 11% y el 50% denotaba con la heroína, entendiendo que su comercialización indica no homogénea.

En el acuerdo ministerial 0074-2017 se establecen las cantidades de centros especializados para tratar problemas de consumo de drogas, tanto en modalidades ambulatorias como residenciales, en la RPIS. En total, se definen 132 y 197 centros a nivel nacional, respectivamente. Sin embargo, resulta destacable que en las zonas 8 y 9, que corresponden a las ciudades con mayor población y problemática de consumo de drogas, como Guayaquil, Durán, Samborombón y Quito, se hayan determinado únicamente 2 y 0 centros ambulatorios intensivos, respectivamente, y 3 y 1 centros de modalidad residencial, respectivamente (Cortez, 2019).

Tabla 46
Prevalencia de consumo de adolescentes

	Desagregación	Indicadores	SE	Límite inferior	Límite superior	CV	DEFF	Numerador muestral	Denominador muestral
Nacional		4.34	0.35	3.65	5.03	8.10	4.00	530	13438
Área	Urbano	4.43	0.47	3.52	5.35	10.54	4.49	326	8076
	Rural	4.17	0.51	3.17	5.17	12.20	3.07	204	5362
Región natural	Sierra	6.54	0.67	5.22	7.85	10.23	4.25	280	5172
	Costa	2.47	0.39	1.70	3.24	15.90	4.31	107	4602
	Amazonía	4.23	0.46	3.32	5.14	10.96	0.47	142	3193
	Insular	0.12	0.12	-0.11	0.34	99.36	0.02	1	471
Provincia	Azuay	6.08	1.42	3.30	8.86	23.31	2.14	28	357
	Bolívar	4.69	1.29	2.16	7.22	27.49	0.71	23	454
	Cañar	7.02	2.20	2.71	11.33	31.28	1.35	20	345
	Carchi	6.13	1.52	3.14	9.11	24.85	0.52	22	391
	Cotopaxi	4.69	1.03	2.67	6.71	21.95	1.12	26	586
	Chimborazo	3.75	0.87	2.05	5.45	23.08	0.94	22	590
	El Oro	3.35	0.77	1.84	4.86	23.00	0.86	28	956
	Esmeraldas	1.20	0.53	0.16	2.24	44.35	1.33	9	592
	Guayas	2.49	0.74	1.05	3.94	29.53	6.96	21	1048
	Imbabura	9.02	1.73	5.63	12.41	19.17	1.56	38	421
	Loja	5.76	1.36	3.09	8.43	23.67	1.34	23	419
	Los Ríos	1.48	0.58	0.34	2.62	39.29	1.82	15	753
	Manabí	3.23	0.76	1.74	4.71	23.45	2.64	23	714
	Morona Santiago	5.36	1.21	2.98	7.74	22.62	0.51	28	389
	Napo	2.88	0.67	1.58	4.19	23.11	0.21	24	739
	Pastaza	2.40	0.66	1.10	3.70	27.60	0.21	16	562
	Pichincha	8.58	1.65	5.34	11.83	19.28	7.43	39	463
	Tungurahua	4.95	1.54	1.93	7.97	31.11	2.03	17	339
	Zamora Chinchipe	6.14	1.50	3.20	9.07	24.38	0.41	27	443
	Galápagos	0.12	0.12	-0.11	0.34	99.36	0.02	1	471
	Sucumbíos	3.83	0.94	1.99	5.67	24.48	0.46	23	518
	Orellana	4.60	1.37	1.92	7.29	29.75	0.72	24	542
	Sto. Domingo De Los Tsáchilas	2.34	0.57	1.21	3.46	24.50	0.60	21	795
	Santa Elena	2.10	0.85	0.45	3.76	40.16	1.10	9	480
Sexo	Hombre	5.56	0.49	4.59	6.52	8.87	3.22	372	6850
	Mujer	3.04	0.44	2.17	3.91	14.61	4.35	158	6588
Identificación étnica	Indígena	4.32	0.88	2.59	6.06	20.47	2.26	66	1866
	Afroecuatoriano	1.71	0.53	0.67	2.75	30.97	0.94	14	551
	Mestizo	4.58	0.40	3.80	5.36	8.68	3.87	435	10393
	Blanco	10.42	5.32	0.00	20.85	51.01	5.95	7	170
	Montuvio	1.48	0.73	0.05	2.91	49.39	2.86	8	458

Nota: Prevalencia de consumo de vida de tabaco de 10 a 17 años. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018

Factores asociados al consumo de NSP, sus siglas significan nuevas sustancias psicoactivas o llamadas drogas emergentes, son derivados sintéticos, su preparación no es pura, a lo contrario son adulteradas con sus características muy variadas, hoy en día se conoce tipos de actividad psicoactiva que son diversas haciendo referencia a:

- Sedantes
- Estimulantes,
- Entactógenos o empatógenos,
- Analgésicos,
- Alucinógenos

De cada una de estas sustancias, pueden realizarse de múltiples formas obteniendo múltiples efectos, atacando al sistema nervioso.

Debido a las cifras de aumento se plantea un método del Proceso Diagnóstico en jóvenes consumidores, con la intención que reciban Tratamiento Ambulatorio, realizando un proceso de diagnóstico interventivo de carácter psicosocial dirigido en adolescentes. Con la intención de desarrollar el trabajo en conjunto con el consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y con cualquier ente que se sume, ejecutando las actividades con el objetivo de brindar una mejor calidad de vida.

En Guayaquil han intentado ejecutar programas que son relacionada a las adicciones o las llamadas dependencias químicas basándose en tres enfoques, primero el desarrollo de las sesiones de terapias que se encuentren involucradas el núcleo familiar o de algún grupo en específico, segundo la comprensión acerca del entorno de la dependencia de drogas y tercero conocer el nivel de atención ambulatoria con la finalidad de agendar con los medios necesarios para desarrollar un mejor estado físico y psicológico de la persona que se está atendiendo.

La CCIPID en el año 2016, menciona que las edades de consumo son desde los 12 años de edad, el Consejo Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil, se encuentra en la actualidad trabajando en la protección de atención primaria puesto que desde una enseñanza media se realizó

preguntas bajo entrevista y más de los treinta y seis mil estudiantes, los cuatro mil quinientos cincuenta y cuatro indicaron que al menos una vez si consumieron drogas o sustancias químicas, de las cuales el 39% realizó el consumo más de una clase de narcótico. A igual que la ENSANUT, UNICEF y la SETED u otros autores indican que el mayor porcentaje de consumo es la marihuana, pero en las instituciones de educación la segunda droga de mayor consumo y dañina es la heroína llamada “H”, por su facilidad de acceso, su incremento es porque es un adictivo de mayor dependencia (CCPID-G, 2016)

La policía tiene sus bases de información e indica en conjunto con Junta Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil que, existe lugares reconocidos pero que lamentablemente son los más vulnerables en la ciudad, las zonas sumamente críticas en Guayaquil como son:

El distrito D1 – Guasmo sur

El distrito D1 – Portete

El distrito D4 - Isla trinitaria

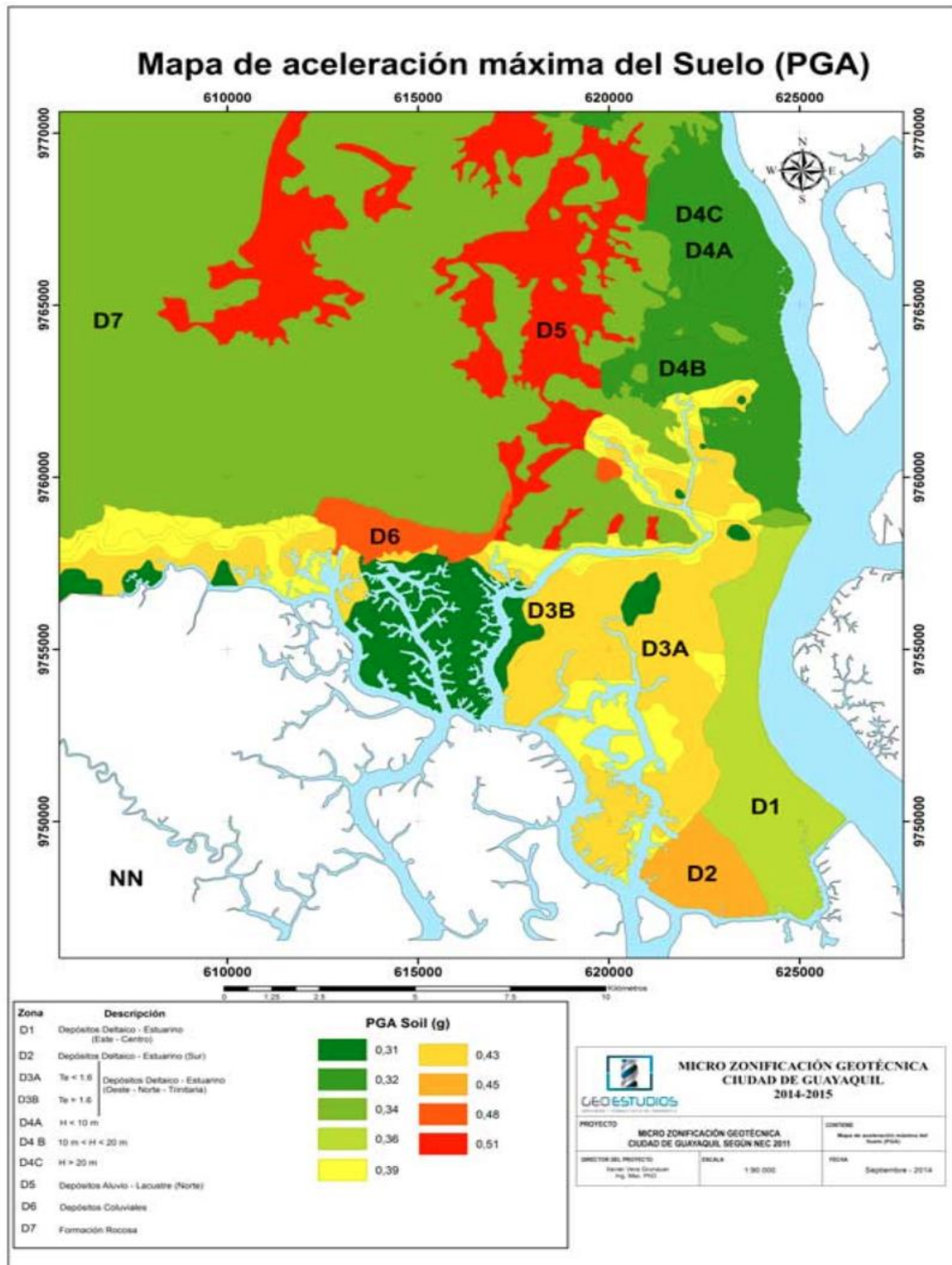
El distrito D6 - El Fortín

El distrito D7 – el sector Bastión Popular

El distrito D8 - Nueva Prosperina, Socio vivienda y pascuales

Ilustración 25

Mapa de aceleración máxima del suelo



Nota: Mapa Geotécnico. Dato de la alcaldía de Guayaquil. 2023

Ilustración 26

Mapa de ubicaciones de albergues de Guayaquil



Nota: Existen albergues en Guayaquil, Mapa Geotécnico. Dato de la alcaldía de Guayaquil. 2023

La constitución establece en el artículo 364 que las adicciones constituyen “un problema de salud ...” Por tal razón la municipalidad de Guayaquil pone en acción desde el 2016 campañas llamada “Yo tengo el poder, digo no” donde se promocionaban medidas preventivas enfocadas a la adicción en niños de 8 a 11 años. Sin embargo, ya en el 2022 saca un programa “Por un futuro sin droga”.

Existe algunos organismos que también presentan la misma preocupación con el tema, sumándose la policía nacional, en el 2019 entregan un informe de la zona 8, donde da a conocer la misión de la policía nacional “Atender la seguridad ciudadana y el orden público, y proteger el libre ejercicio de los derechos y la seguridad de las personas”. Mencionan que entre los cantones de Samborondón, Durán y Guayaquil presentan 12 distritos, 67 circuitos y 274 subcircuitos, espacios territoriales

La zona 8 es uno de los siete zonas del Ecuador que son divididas para fines administrativos, comprendido por Guayaquil, Samborondón y Durán. La Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) o el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) nos proporciona que contiene en la zona 8 solo de Guayaquil y menciona que está bajo la coordinación zonal Litoral 8 corresponde en las siguientes provincias:

- Bolívar
- Guayas
- Los Ríos
- Santa Elena
- Galápagos
- Manabí
- Santo Domingo de los Tsáchilas

Dentro la coordinación zonal Litoral 8, nos centraremos en Guayaquil del distrito 8 de Guayas, considerado de la base de clasificador geográfico estadísticos, indican que son 15 sectores o parroquias urbanas y 8 parroquias rurales, las cuales se realizó el estudio de la lista de instituciones educativas en los sectores del distrito de la zona 8 sea urbano y rural.

Sector rural: Guayaquil cuenta con 121 instituciones en el sector rural comprendido en Pascuales, Juan Gomez Rendon (Progreso), Puna, Posorja, Tenguel, Morro, Playas, pero en el sector de Chongón no se informa instituciones como se da a conocer el cuadro inferior, donde indica que la parroquia Pascuales tiene mayor cantidad de instituciones.

La siguiente tabla en base a la elaboración de la Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa (DNAIE) nos permite visualizar que la mayor cantidad de instituciones con el 67.1% son las fiscales y la de menos instituciones son las fiscomisionales con un 1.29%.

Tabla 47
Instituciones por parroquia

PARROQUIA	RURAL	URBANA	FISCAL	PARTICULAR	FISCOMISIONAL
PASCUALES	0	52	26	25	1
JUAN GOMEZ RENDON (PROGRESO)	13	0	13	1	0
MORRO	6	0	6	0	0
POSORJA	14	0	8	6	0
PUNA	23	0	23	0	0
TENGUEL	11	0	9	2	0
PLAYAS	0	35	19	15	1
CHONGÓN	0	0	0	0	0
TOTAL	67	87	104	49	2
%	43.23%	56.13%	67.10%	31.61%	1.29%

Nota: Basado de la Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa (DNAIE) / Coordinación General de Planificación (CGP) / Ministerio de Educación (MinEduc), se clasifico por cantidad de las unidades que existe en la zona 8 de la ciudad de Guayaquil de cada parroquia.

2023

Sin contar la parroquia de playas y pascuales la tasa de mayor dato son instituciones en el sector rural. Ahora vamos a conocer un poco la cantidad de alumnos pertenecientes a las instituciones, donde en el siguiente cuadro demuestra por sexo desde séptimo hasta décimo año básica.

De la información proporcionada se conoce que en año 2022 al 2023 se tuvo 22.678 estudiantes en el sector rural, presentando porcentaje proporcionado desde séptimo año básico, pero con más cantidad de estudiantes en el octavo año básica con mayor cantidad de femenino.

Tabla 48
Porcentajes de estudiantes de colegio

ESTUDIANTES SÉPTIMO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES OCTAVO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES NOVENO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES DÉCIMO AÑO BÁSICA	
SEXO		SEXO		SEXO		SEXO	
Estudian tesMascu linoSepti moAñoE GB	Estudian tesFeme ninoSept imoAño EGB	Estudian tesMasc ulinoOct avoAñoE GB	Estudian tesFeme ninoOct avoAño EGB	Estudian tesMascu linoNove noAñoE GB	Estudian tesFeme ninoNov enoAñoE GB	Estudian tesMascu linoDeci moAñoE GB	Estudian tesFeme ninoDeci moAñoE GB
2.855	2.854	3.078	2.855	2.906	2.832	2.631	2.667
12.6%	12.6%	13.6%	12.6%	12.8%	12.5%	11.6%	11.8%

Nota: Basado de la Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa (DNAIE) / Coordinación General de Planificación (CGP) / Ministerio de Educación (MinEduc), se clasifico por cantidad de las unidades que existe en la zona 8 de la ciudad de Guayaquil de cada parroquia, sector rural. 2023

El octavo año básico con mayor número de estudiantes con el 13.6% un porcentaje mayor que los demás que se encuentran porcentajes proporcionados, luego entre el séptimo los dos sexos de estudiantes masculinos y femenino se mantienen la misma proporción entre el 12 al 13%. En noveno año básica se encuentra una diferencia de 1% puesto que existe más estudiantes masculinos

con el 12.8% y de femenino del 12.5%. Finalmente, el décimo año básica se mantienen el mismo porcentaje, aunque presente similitud la variedad es baja.

En la siguiente tabla podemos apreciar podemos mencionar estudiantes de la zona urbana donde se cuenta con 186.758 estudiantes registrados en las diferentes instituciones, tomando desde séptimo año básico. También podemos apreciar que son porcentajes proporcionados, es decir no existe mucha variación, veamos:

Los estudiantes de noveno, y décimo año básica llevan la cabecera del 12.9 % de estudiantes tanto en el sexo de femeninos como masculinos, mientras que desde los estudiantes de séptimo y octavo presentan entre casi igual las proporciones entre 11.9 a 12% y un poco más.

Tabla 49

Distribución por géneros de estudiantes

ESTUDIANTES SÉPTIMO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES OCTAVO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES NOVENO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES DÉCIMO AÑO BÁSICA	
SEXO		SEXO		SEXO		SEXO	
Estudian tesMascu linoSepti moAñoE GB	Estudian tesFeme ninoSept imoAño EGB	Estudian tesMasc ulinoOct avoAñoE GB	Estudian tesFeme ninoOct avoAño EGB	Estudian tesMascu linoNove noAñoE GB	Estudian tesFeme ninoNov enoAñoE GB	Estudian tesMascu linoDeci moAñoE GB	Estudian tesFeme ninoDeci moAñoE GB
22427	22262	23251	22876	24120	23613	24454	23755
12.0%	11.9%	12.4%	12.2%	12.9%	12.6%	13.1%	12.7%

Nota: Basado de la Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa (DNAIE) / Coordinación General de Planificación (CGP) / Ministerio de Educación (MinEduc), se clasifico por cantidad de las unidades que existe en la zona 8 de la ciudad de Guayaquil de cada parroquia sector urbano. 2023

Finalmente, si realizamos una comparación entre el sector rural y urbano podemos apreciar que existe más estudiantes en las zonas urbanas con una diferencia porcentual de más del 78% de diferencia, esto se debe porque son más sectores urbanos que rurales, sin embargo, los cuadros de son casi similares en las dos zonas.

Tabla 50

Porcentajes poblacionales en estudiantes

ESTUDIANTES SÉPTIMO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES OCTAVO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES NOVENO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES DÉCIMO AÑO BÁSICA	
SEXO		SEXO		SEXO		SEXO	
Estudian tesMascu linoSepti moAñoE GB	Estudian tesFeme ninoSept imoAño EGB	Estudian tesMasc ulinoOct avoAñoE GB	Estudian tesFeme ninoOct avoAño EGB	Estudian tesMascu linoNove noAñoE GB	Estudian tesFeme ninoNov enoAñoE GB	Estudian tesMascu linoDeci moAñoE GB	Estudian tesFeme ninoDeci moAñoE GB
2855	2854	3078	2855	2906	2832	2631	2667
12.6%	12.6%	13.6%	12.6%	12.8%	12.5%	11.6%	11.8%
ESTUDIANTES SÉPTIMO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES OCTAVO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES NOVENO AÑO BÁSICA		ESTUDIANTES DÉCIMO AÑO BÁSICA	
SEXO		SEXO		SEXO		SEXO	
Estudian tesMascu linoSepti moAñoE GB	Estudian tesFeme ninoSept imoAño EGB	Estudian tesMasc ulinoOct avoAñoE GB	Estudian tesFeme ninoOct avoAño EGB	Estudian tesMascu linoNove noAñoE GB	Estudian tesFeme ninoNov enoAñoE GB	Estudian tesMascu linoDeci moAñoE GB	Estudian tesFeme ninoDeci moAñoE GB
22427	22262	23251	22876	24120	23613	24454	23755
12.0%	11.9%	12.4%	12.2%	12.9%	12.6%	13.1%	12.7%

Nota: Basado de la Dirección Nacional de Análisis e Información Educativa (DNAIE) / Coordinación General de Planificación (CGP) / Ministerio de Educación (MinEduc), se clasifico

por cantidad de las unidades que existe en la zona 8 de la ciudad de Guayaquil de cada parroquia tanto urbano como rural. 2023

Anteriormente se mencionó de varias organizaciones incluida la nacional que existe un consumo de drogas edades entre 12 a 17 años, sin considerar que se tiene una población ecuatoriana de aproximadamente 17 millones de habitando, tomando las cantidades de estudiantes que es aproximadamente 209.436 estudiantes, equivalente casi al 2% de futuras generaciones que velar.

Capítulo IV

RESULTADOS

Los resultados que se presentan corresponden a dos estudios realizados con adolescentes. El primer estudio se enfoca en caracterizar la situación de consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes que asistían a tratamiento ambulatorio en un centro docente. Este análisis no solo aborda la prevalencia y patrones de consumo, sino que también examina las relaciones entre diversas variables sociodemográficas, así como los factores protectores y de riesgo asociados al consumo de estas sustancias. Se consideran aspectos como la edad, el género, el nivel socioeconómico, y el entorno familiar y social de los adolescentes.

El segundo estudio, por su parte, se dedica a comparar los factores personales y familiares entre dos grupos distintos de adolescentes: aquellos que son consumidores y se encuentran recibiendo tratamiento en un centro de internamiento, y aquellos que no consumen y asisten a centros de salud. Esta comparación permite identificar diferencias y similitudes en las características y dinámicas familiares, así como en la resiliencia y vulnerabilidad de los adolescentes frente al consumo de sustancias. Ambas muestras de adolescentes provienen de sectores urbano-populares, los cuales se caracterizan por presentar un alto riesgo de consumo debido a factores como la pobreza, la violencia y la falta de acceso a servicios de calidad. Este contexto socioeconómico y ambiental se considera fundamental para entender los patrones de consumo y las necesidades de intervención en estas poblaciones.

PRESENTACIÓN DE ESTUDIOS Y OBJETIVOS

Hacemos una descripción de los dos estudios:

Estudio 1: Caracterización de adolescentes en situación de consumo de drogas, atendidos en un centro ambulatorio.

- *Objetivo 1.* Caracterizar la situación de consumo de sustancias psicoactivas de adolescentes atendidos en el CDID.

- Descripción de la muestra por variables sociodemográficas de los adolescentes consumidores.
- Inicio de consumo de las sustancias según el género de los adolescentes.
- Tipo de sustancia de consumo del adolescente y su edad de inicio.
- Consumo de drogas según la frecuencia, cantidad y lugar.
- Demanda de atención por parte del adolescente y su familia.
- *Objetivo 2.* Describir los factores causales, consecuencias, protectores y de riesgo al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes consumidores.
 - Factores causales del consumo de h en los adolescentes atendidos en el CDID.
 - Consecuencias físicas y psicológicas de los adolescentes consumidores por consumo de sustancias.
 - Factores protectores: apoyo social, la actitud de la familia, tiempo libre y de recreación en los adolescentes consumidores de sustancias
 - Factores de riesgo: lugar de consumo, lugar de expendio, consumidores cercanos al consumo de drogas.
 - Estadio de cambio de los adolescentes consumidores de h que presentan un mayor apoyo social.
- *Objetivo 3.* Determinar relaciones entre variables sociodemográficas, factores protectores, de riesgo y efectos del consumo de drogas.
 - Relación entre variables sociodemográficas y frecuencia de consumo.
 - Ocupación del adolescente y la frecuencia con que consume la sustancia h.
 - Causas que representan situaciones estresantes en los adolescentes e influyen en su decisión de consumir.
 - Efectos producidos en los consumidores de h según su frecuencia de consumo.
 - Frecuencia de consumo de los adolescentes y los factores protectores existentes en el medio que le rodea.
 - Estadio de cambio que presentan los adolescentes consumidores de sustancias que realizan actividades recreativas en su tiempo libre.
 - Factores de riesgo a los que se expone el adolescente que puede influir en la frecuencia con que consume.

- Estadio de cambio del consumidor y las familias en función a la frecuencia de consumo que mantienen los adolescentes.

Estudio 2: Factores personales y familiares asociados al riesgo de consumo de drogas: comparación de grupos de consumidores y sanos.

- *Objetivo 4.* Evaluar factores de la personalidad, afrontamiento y autoestima en adolescentes consumidores y sanos.
- *Objetivo 5.* Analizar los factores familiares, funcionalidad, características de riesgo en los adolescentes provenientes de sectores de alto riesgo de consumo.
- *Objetivo 6.* Determinar la interacción los factores personales y familiares con el consumo de drogas.

4.2. RESULTADOS POR OBJETIVOS

- Estudio 1: Caracterización de adolescentes en situación de consumo de drogas, atendidos en un centro ambulatorio.

En Ecuador uno de los problemas más comunes especialmente en la población adolescentes es el consumo de sustancias psicoactivas, el cual se ha convertido en una de las grandes preocupaciones por parte del ministerio de salud y otras entidades, debido a los efectos que causan en la persona que lo consume, tanto a nivel fisiológico, psicológico, comportamental, cognitivo, social, laboral, etc., que conduce a la pregunta *¿de qué forma se pueden dar intervenciones efectivas ante los casos de consumo en la adolescencia?* Así pues, esta investigación busca dar a conocer algunas de las características que se presentan en la población adolescente que mantienen un consumo de la sustancia psicoactiva h, para dar paso a la implementación de nuevos métodos de intervención más efectivos. De esta manera el presente capítulo tiene el objetivo de describir las principales características sociodemográficas y de consumo de los adolescentes atendidos en CDID, si como

las causas y consecuencias que presentan estos mismos y como se relacionan estas con sus factores de riesgo y de protección que les rodean.

Objetivo 1: Caracterizar la situación de consumo de sustancias psicoactivas de adolescentes atendidos en el CDID.

1.1: Variables sociodemográficas de los adolescentes consumidores.

Para está investigación se consideró a una población de 507 usuarios del Centro de Investigación Docente (CDID), de los cuales el 16.72% estuvo conformada por mujeres y el 83.28% por hombres, indicando que la mayor parte de los adolescentes corresponden al sexo masculino. Observe la Ilustración 1:

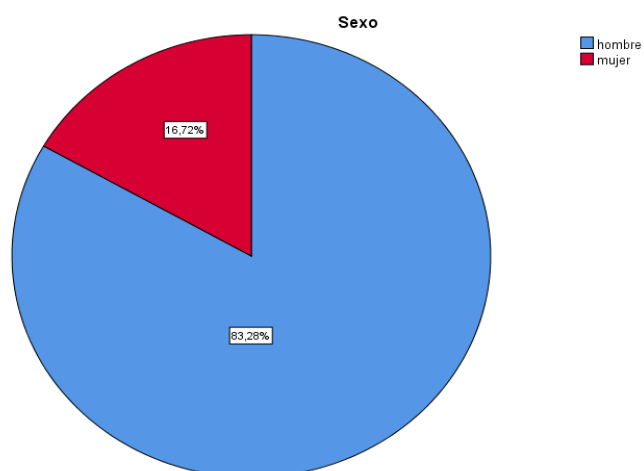


Ilustración.27. *Sexo de la población*

Nota: Elaboración propia.

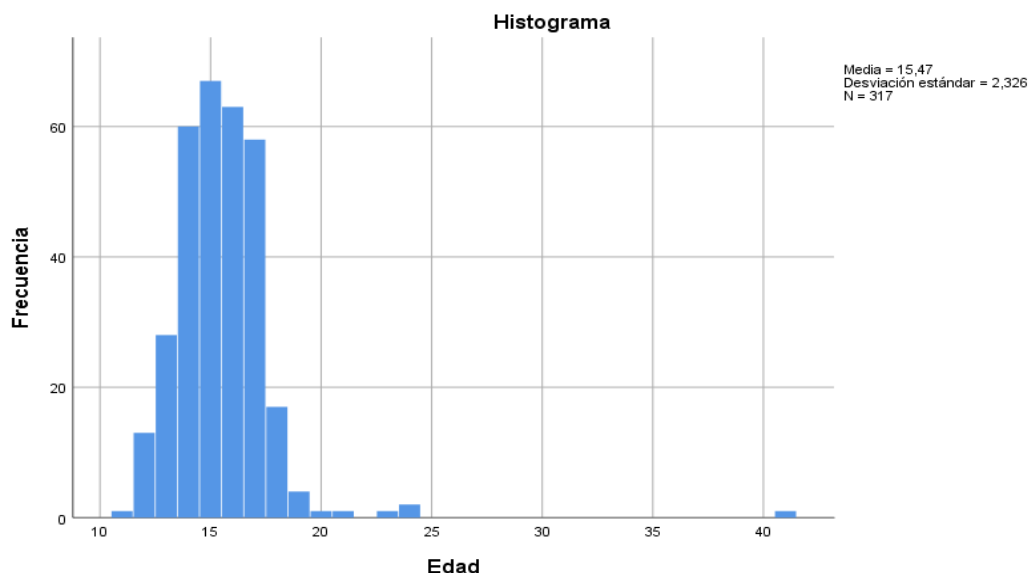
Mientras que la edad promedio de los participantes fue de 15.47 años con una desviación estándar de 2.326, lo cual representa una variación del 15.04% que implica una variabilidad moderada. El menor de los participantes tenía 11 años y el de mayor edad 41 años. Con un 95% de confianza la edad promedio real de toda la población estaría entre 15.22 y 15.73 años, indicando que existe una mayor densidad de los adolescentes que consumen a esta edad.

Tabla 52. *Distribución de la edad*

Descriptivos		Estadístico
Edad	Media	15,47
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	15,22
	Límite superior	15,73
	Media recortada al 5%	15,35
	Mediana	15,00
	Varianza	5,408
	Desv. Desviación	2,326
	Mínimo	11
	Máximo	41
	Rango	30
	Asimetría	4,550

Nota: Elaboración propia.

Ilustración 28. *Histograma de la edad de la población*



Nota: Elaboración propia.

Sin embargo, para el estudio centrado en los adolescentes que presentan un consumo de h se eligió una muestra de 317 participantes donde él se obtuvo que la media de edad entre consumidores corresponde a un 15,47 con una desviación del 2.32 donde el adolescente menor presentaba una edad mínima de 11 años y el mayor ya estaba en la etapa de adulto joven cuya edad era de 25. De la misma manera se denota que

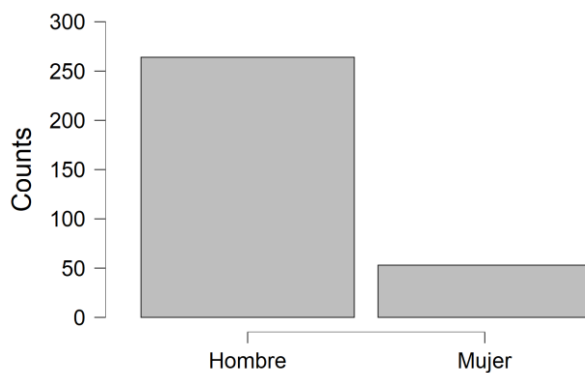
Tabla 52. *Desviación estándar de la muestra*

	Sexo	Edad	Ocupación
Mean	1.167	15.473	1.114
Std. Deviation	0.374	2.326	0.557
Minimum	1.000	11.000	1.000
Maximum	2.000	25.000	5.000

Nota: Elaboración propia.

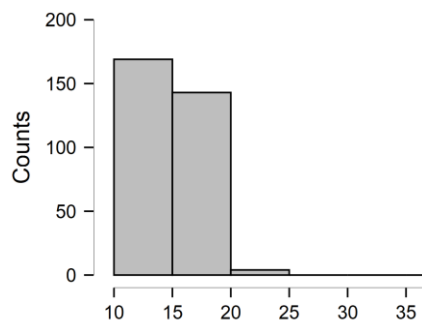
No obstante, para centrarnos en los factores propuesto se tomó una muestra de 306 participantes, que responden a aquellos participantes que presentan un consumo de la sustancia h, así el 83% corresponde a hombres y el 17 % a adolescentes mujeres.

Ilustración 29. Sexo de la población



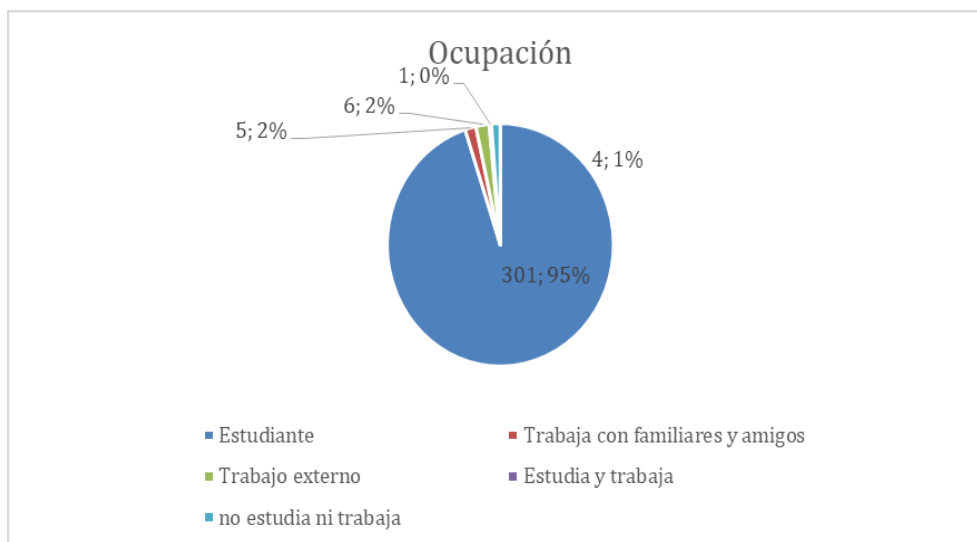
Nota: Elaboración propia.

Ilustración 30. Edad de la población



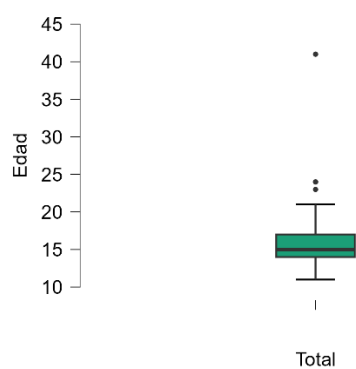
Nota: Elaboración propia.

Ilustración 31. Ocupación de la población



Nota: Elaboración propia.

Ilustración 32. Promedio de edad



Nota: Elaboración propia.

En cuanto a la ocupación de la muestra seleccionada se observa que la mayoría de adolescentes corresponden a aquellos que solo están dedicados a estudiar, indicando que para este

caso los adolescentes que estudian presentan un consumo de sustancias psicoactivas, por el contrario existe una mínima cantidad de adolescentes que consumen realizando o desarrollando dos actividades como estudiar y trabajar, mientras que el resto de datos se dividen entre aquellos que no realizan ninguna función, aquellos que s trabajan con conocidos y los que laboran externamente. Tal y como se observa en la Ilustración 5.

1.2. Inicio de consumo de las sustancias según el género de los adolescentes.

En cuanto a la variable edad de inicio de consumo se pudo visualizar que no existen grandes diferencias entre hombres y mujeres puesto que la mediana de edad encontrada en la muestra corresponde a 11 años para mujeres y 12 años para varones, mientras que su media corresponde a un 12,43 para hombres y un 11,60 para mujeres, con una desviación de 2,112 para varones y 1,752 para mujeres, donde se presencia un inicio de consumo a menor edad en varones que en mujeres pero solo por un año de diferencia para mujeres.

Tabla 53. *Edad de inicio de consumo*

Edad inicio de consumo							
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Median	p
Sexo							
hombre	264	8	18	12,43	2,112	12,00	0,009
mujer	53	9	16	11,60	1,752	11,00	
Total	317	8	18	12,29	2,076	12,00	

Nota: Elaboración propia.

1.3: Tipo de sustancia de consumo del adolescente y su edad de inicio.

Se estima que la edad media del inicio de consumo de los adolescentes es de 12, 29 años con una desviación del 2, 08, indicando una baja variabilidad de los datos, siendo 8 años la edad de inicio menor consumo y 12 la edad de inicio de mayor consumo de la sustancia, así mismo se constata que los adolescentes llevan un estimado medial de 2, 96 años de consumo cuya desviación responde a un 2, 06.

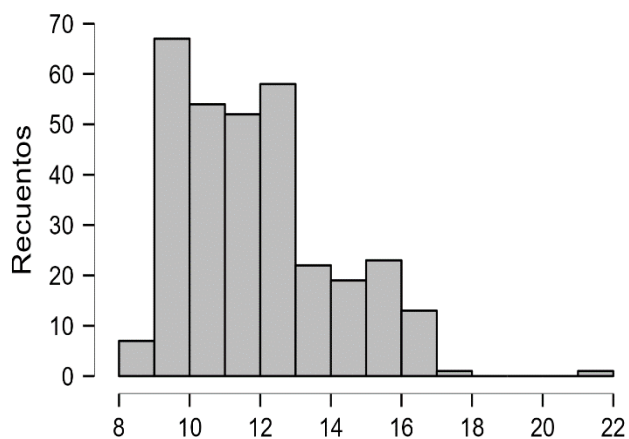
En cuanto al tipo de sustancia en los adolescentes consumidores de H, se constata que dentro del 100% que consumen esta sustancia el 60% están divididos en policonsumidores que ingieren otros tipos de sustancias psicoactivas, de esta manera el 22, 9 % son consumidores de marihuana, 13, 1 % consume cocaína, 6,2% consume heroína, 2,3% consume bebidas alcohólicas, 1,6% consume cigarrillo y el 14, 4 consume otras drogas. Donde es importante destacar que aparte de esta división existen adolescentes que presentan un consumo de más de 3 sustancias psicoactivas diferentes.

Tabla 54. *Edad de inicio de consumo*

Edad de inicio de consumo				
Total	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
317	12.382	2.178	8.000	22.000

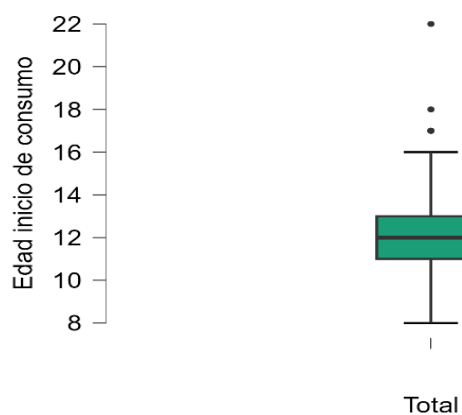
Nota: Elaboración propia.

Ilustración 33. *Edad de inicio de consumo*



Nota: Elaboración propia.

Ilustración 34. *Promedio de edad*



Nota: Elaboración propia.

Tabla 55. *Frecuencia de consumo de sustancias*

Consumo H		
	317	100
Tipo de sustancia	Frecuencia	Porcentaje
Consumo de alcohol	8	2.524
Consumo de marihuana	74	23.344

Consumo cigarrillo	5	1.577
Consumo cocaína	42	13.249
Consumo heroína	20	6.309
Consume otra droga	47	14.826

Nota: Elaboración propia.

1.4: Consumo de drogas según la frecuencia, cantidad y lugar.

Se observa que los adolescentes presentan una frecuencia de consumo variado, donde el 49% expreso tener un consumo diario de la o las sustancias psicoactivas anteriormente descritas, el 41, 8% mencionó que su consumo se daba manera semanal, y el 8,8 % describe que su consumo es más distanciado, ya que se da de manera mensual. De estos adolescentes el 87, 3% expreso que consumía alrededor de 1 a 4 fundas siendo la cantidad restante de aquellos que presentaron un mayor consumo, donde es importante destacar que la cantidad de menor consumo correspondía a un pase y el de mayor cantidad de 20, cuya media muestral es de 2, 336 cuya desviación estándar responde a un 2, 2. sin embargo, no se pudo determinar si esta cantidad de consumo se daba de manera diaria, semanal o mensual, debido a que esa información se recogió por medio de las consultas de atención.

De la misma manera los adolescentes consumidores de sustancias expresaron que su consumo estaba dado por días preferenciales específicos donde 40,2 % mencionó que sus días de mayor consumo están dados entre semanas, el 32% a su vez dijo que su mayor consumo a diferencia de los anteriores se daba en los fines de semana, mientras el 27, 8 dicen que no tienen una diferenciación y que su consumo se daba por igual todos los días.

Tabla 56. Desviación estándar

	Cantidad en número	Frecuencia de consumo	Lugares de consumo
Total	317	317	317
Ausente	0	0	0

	Cantidad en número	Frecuencia de consumo	Lugares de consumo
Media	2.366	1.590	2.388
Desviación Típica	2.183	0.643	0.863
Mínimo	1.000	1.000	1.000
Máximo	20.000	3.000	4.000

Nota: Elaboración propia.

Tabla 57. *Frecuencia de consumo*

Frecuencia consumo	de Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Diario	157	49.527	49.527	49.527
Semanal	133	41.956	41.956	91.483
Mensual	27	8.517	8.517	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	317	100.000		

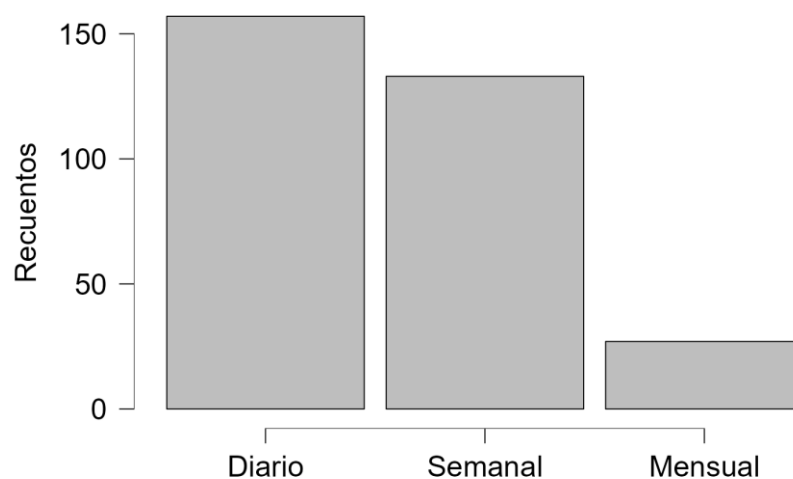
Nota: Cantidad en número tiene más de 10 valores distintos y se omite; Elaboración propia.

Tabla 58. *Frecuencias para lugares de consumo*

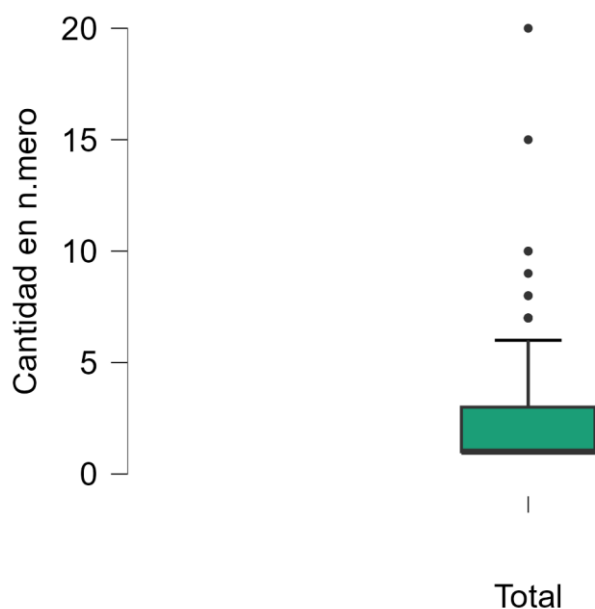
Lugares de consumo Frecuencia Porcentaje Porcentaje Válido Porcentaje Acumulado

En su casa	76	23.975	23.975	23.975
En el barrio	46	14.511	14.511	38.486
En el colegio	191	60.252	60.252	98.738
En casa de familiares	4	1.262	1.262	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	317	100.000		

Nota: Elaboración propia.

Ilustración 35. Frecuencia de consumo


Nota: Elaboración propia.

Ilustración 36. *Cantidad en número*

Nota: Elaboración propia.

1.5: Demanda de atención por parte del adolescente y su familia.

A continuación, se explica las actitudes de las familias frente al consumo para luego detallar las demandas del usuario, de la familia y la tipología de la demanda.

Tabla 59. *Frecuencia de actitudes familiares*

Actitud de la familia	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo/consejo/ayuda	155	48.896
Desconfianza/control	31	9.779
Preocupación	28	8.833
Enojo/malestar,	24	7.571
Tristeza/llanto	23	7.256
Descepción/rechazo	36	11.356
Comprensión	20	6.309
Total	317	100.000

Nota: Elaboración propia.

En cuanto a la actitud de la familia tras enterarse del consumo del adolescente fue muy variada, y aunque no todas son positivas en su totalidad representan a un factor protector que tiene el adolescente ante el consumo de sustancias, así pues se observa que el 48,8% presencio una actitud de apoyo, consejo y ayuda, 11,3% visualizo una actitud de decepción y rechazo, el 9,8% desconfianza y descontrol, 8,8 preocupación, mientras que aquellos con una actitud de enojo/malestar y tristeza y llanto alcanzo un 7,5 y por último el 6,3 se mostró comprensivo ante la situación que presento el adolescente.

Tabla 60. *Frecuencia de las demandas de las familias de los consumidores*

Demanda familia	Frecuencia Porcentaje	
Dejar de consumir	129	40.694
Cambio de comportamiento	34	10.726
Mejorar relaciones familiares	14	4.416
No tener problemas en el colegio	17	5.363
Recibir ayuda, charlas, consejos, atención profesional	98	30.915
No desea ayuda	3	0.946
Estar/sentirse bien	22	6.940
Total	317	100.000

Nota: Elaboración propia.

Tabla 61. *Tipos de demanda de los consumidores*

Tipo demanda consumidor	Frecuencia	Porcentaje
Delegación del control	65	20.505
Colaboración	213	67.192
Urgencia	9	2.839
Pseudo-acuerdo	18	5.678
Dramatización	8	2.524
Poder del ausente	4	1.262
Ausente	0	0.000

Tipo demanda consumidor	Frecuencia	Porcentaje
Total	317	100.000

Nota: Elaboración propia.

En cuanto a la demanda de la familia se visualiza que el mayor porcentaje esta dado por colaboración, expresando que la mayoría de las familias de los adolescentes que se encuentran en atención presentan una predisposición de recibir ayuda y orientación de parte del CDID, junto al usuario que presenta el consumo y las otras entidades correspondientes como las instituciones educativas y otras instituciones de salud.

Tabla 62. *Tipo de demanda de las familias de los consumidores*

Tipo demanda familia	Frecuencia	Porcentaje
Delegación del control	114	35.962
Colaboración	166	52.366
Urgencia	22	6.940
Pseudo-acuerdo	15	4.732
Ausente	0	0.000
Total	317	100.000

Nota: Elaboración propia.

Objetivo 2: Describir los factores causales, consecuencias, protectores y de riesgo al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes consumidores.

2.1: Factores causales del consumo de h en los adolescentes atendidos en el CDID.

En cuanto a los factores causales del consumo de sustancias en los adolescentes derivados al CDID, responden a diferentes motivos donde se encuentran la facilidad de adquisición de las sustancias en el medio del que se encuentran rodeados y a las múltiples dificultades a las que se enfrentan, es decir los factores que suponen un nivel de estrés en el adolescente que suponen un cambio en el comportamiento y actitud del adolescente para poder adaptarse. De esta manera se determinaron

tres factores específicos que aportan al consumo de sustancias psicoactivas, tales como los estresores actuales que representan a los principales problemas que se han detectado en Así entre algunos de los factores estresores actuales que son causales del consumo encontramos que el principal de esto, son los problemas con los padres con un 48%, seguido de los problemas en el colegio con un 11,4% evidenciando que sus mayores dificultades están dadas en los medios en el que mayor tiempo conviven e interactúan, de la misma manera se menciona que el 9,5% está dada por el consumo, abstinencia y problemas de salud, 6,2% está dado por el divorcio de los padres, el 4,9% por problemas con los hermanos siendo estos dos últimos también problemas relacionados a la interacción familiar, 6,2% por problemas económicos en la familia, el 4,9 por problemas con amigos, pandilla o novia, 2,9% problemas legales y 5,9% no corresponde a ningún tipo del anterior mente mencionado.

Tabla 63. *Factores causales de consumo*

	Estresores actuales	Consumidores cercanos	Lugares de expendio
Válido	317	317	317
Ausente	0	0	0
Media	3.183	5.789	2.625
Desviación Típica	2.660	1.491	1.994
Mínimo	1.000	1.000	1.000
Máximo	9.000	8.000	7.000

Nota: Elaboración propia.

Tabla 64. *Frecuencias para Estresores actuales*

Estresores actuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Problemas con sus padres	157	49.527	49.527	49.527
Separación o divorcio de los padres	19	5.994	5.994	55.521
Problemas con los hermanos	15	4.732	4.732	60.252

Tabla 64. *Frecuencias para Estresores actuales*

Estresores actuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Problemas en el colegio	35	11.041	11.041	71.293
Problemas económicos en la familia	19	5.994	5.994	77.287
Problemas con los amigos/pandillas/novia	15	4.732	4.732	82.019
El consumo/abstinencia/salud	30	9.464	9.464	91.483
Problemas legales	9	2.839	2.839	94.322
Ninguno	18	5.678	5.678	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	317	100.000		

Nota: Elaboración propia.

2.2: Consecuencias físicas y psicológicas de los adolescentes consumidores por consumo de sustancias.

Por otro lado, en cuanto a las consecuencias encontradas en los adolescentes consumidores dados por el consumo, se dividen en 2, las consecuencias físicas de expresión biológica y las consecuencias psicológicas comportamentales. En cuanto a las consecuencias de expresión biológica se evidencia que el 15, 4% presenta dolores de huesos, fiebre y escalofríos debido al consumo, 12, 1% presenta dolores de cabeza y nauseas, el 22, 5% presenta Mareo, vomito, y sueño, 4,2 presenta dolores de cabeza y huesos, 2,9 malestar general, 0,7 incremento del apetito. En cuanto a las consecuencias a nivel psicológico encontramos que el 12, 7 responden a conductas de agresividad, ansiedad y mal comportamiento 5, 6% dice sentirse activo, alegre y con poder, 5,9 presenta insomnio y cansancio, 3,9 menciona que se siente bien y relajado, el 3,6 menciona una pérdida del apetito y decaimiento, el 3, 9 abstinencia y 6, 5 dice no sentir ningún tipo de efecto tras el consumo.

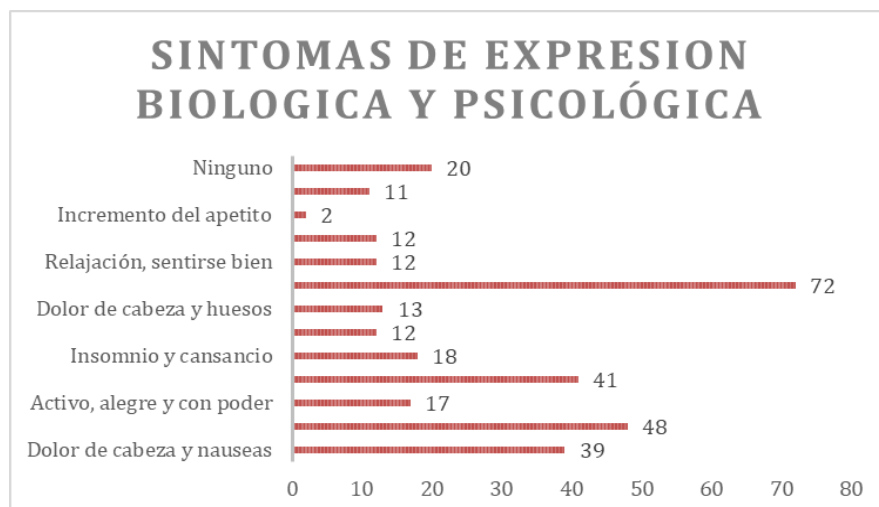
Tabla 65. *Frecuencia de consecuencias*

Síntomas de expresión biológica y psicológica frente al consumo	Frequency	Percent
Dolor de cabeza y nauseas	39	12.303
Dolor de huesos, fiebre y escalofrío	48	15.142
Activo, alegre y con poder	17	5.363
Agresividad, ansiedad, mal comportamiento	41	12.934
Insomnio y cansancio	18	5.678
Abstinencia	12	3.785
Dolor de cabeza y huesos	13	4.101
Mareo, vomito y sueño	72	22.713
Relajación, sentirse bien	12	3.785
Malestar general	12	3.785
Incremento del apetito	2	0.631
Perdida del apetito y decaimiento	11	3.470
Ninguno	20	6.309
Total	317	100.000

Nota: Elaboración propia.

Ilustración 37

Síntomas de expresión biológica y psicológica



Nota: Elaboración propia.

2.3: Factores protectores en los adolescentes consumidores de sustancias. (apoyo social, la actitud de la familia y tiempo libre y de recreación).

Entre los factores protectores del medio que les rodea a los adolescentes consumidores encontramos el apoyo social brindado, el tiempo libre o de recreación y la actitud de la familia.

Donde se presencia que el mayor apoyo social que se les brinda está de parte de los familiares que corresponde a un 89,2 %, seguido de los amigos con un 17%, la religión con un 6,9%, el Ministerio de salud pública con un 6,5%, los vecinos con un 4,2%, el seguro social con un 2,3%, clínicas, grupos de apoyo y comunidad con un 1,6% cada uno, clubes y ONG con un 1,3 y las NN AA. Con un 0,7%.

Tabla 66.

Porcentaje de apoyo social

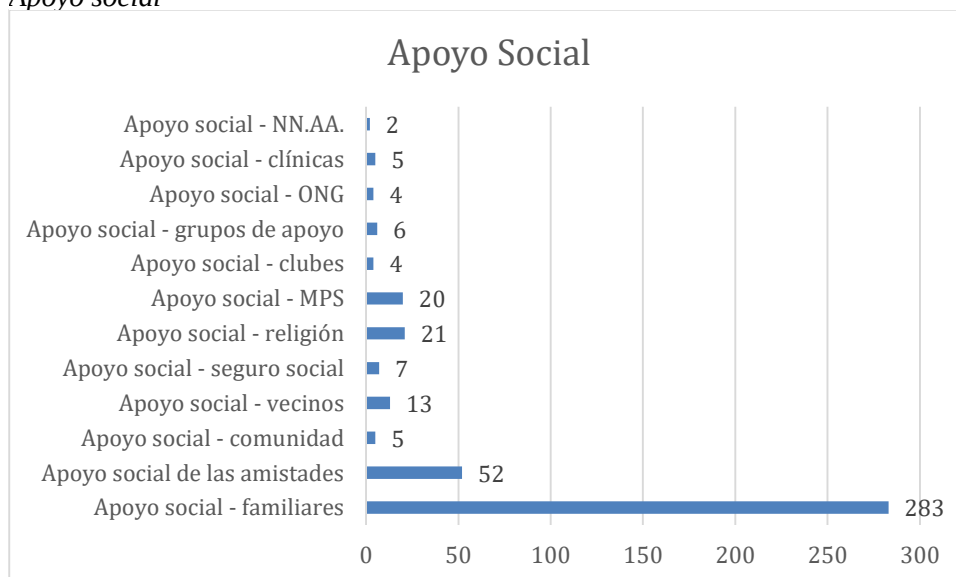
Tipo de apoyo social	N	%
Apoyo social - familiares	283	89,27
Apoyo social de las amistades	52	16,40
Apoyo social - comunidad	5	1,58
Apoyo social - vecinos	13	4,10
Apoyo social - seguro social	7	2,21
Apoyo social - religión	21	6,62
Apoyo social - MPS	20	6,31

Apoyo social - clubes	4	1,26
Apoyo social - grupos de apoyo	6	1,89
Apoyo social - ONG	4	1,26
Apoyo social - clínicas	5	1,58
Apoyo social - NN.AA.	2	0,63
Total	317	100%

Nota: Elaboración propia.

Ilustración 38

Apoyo social



Nota: Elaboración propia.

En cuanto al tiempo libre y de recreación el 31% de los adolescentes menciono que se dedican a realizar ejercicios, el 27,5% expresa que dedica su tiempo a ver televisión, el 7,8% aprovecha dicho tiempo para realizar tareas, 7,2% prefiere salir con amigos, 6, 2% utiliza ese tiempo para escuchar música, 5,6% juega videojuegos, 4, 6 pasa navegando en internet en su computadora o dispositivo móvil, 3,9 ayuda a sus padres en casa o en el trabajo, el 3,6% sale con su novia y el 2,6 duerme. Donde se presencia que la mitad de los adolescentes usa ese tiempo de recreación para alguna actividad que implica movilidad y la otra mitad prefiere realizar actividades más pasivas que no impliquen gran esfuerzo.

2.4: Factores de riesgo al consumo de drogas. (lugar de consumo, lugar de expendio, consumidores cercanos).

Entre los factores de riesgo para los adolescentes consumidores se analiza a los consumidores cercanos y su frecuencia, los lugares de expendio de estupefacientes y los lugares de consumo de estos.

Tabla 67.

Frecuencias para Consumidores cercanos

Consumidores cercanos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Padre	10	3.155	3.155	3.155
Madre	9	2.839	2.839	5.994
Hermanos	11	3.470	3.470	9.464
Primos	22	6.940	6.940	16.404
Amigos del barrio	12	3.785	3.785	20.189
Amigos del colegio	153	48.265	48.265	68.454
Amigos del colegio y del barrio	92	29.022	29.022	97.476
Otro Familiar	8	2.524	2.524	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	317	100.000		

Nota: Elaboración propia.

Tabla 68. *Frecuencias para Lugares de expendio*

Lugares de expendio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
En el Colegio	167	52.681	52.681	52.681
Fuera/cerca del colegio	19	5.994	5.994	58.675
Paradas de bus/metro	24	7.571	7.571	66.246
En su barrio	36	11.356	11.356	77.603
En el colegio y el barrio	22	6.940	6.940	84.543
En otro barrio / sector	42	13.249	13.249	97.792
Fiestas	7	2.208	2.208	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	317	100.000		

Nota: Elaboración propia.

Tabla 69. *Variación estándar*

	Actitud de la familia	Demanda usuario	Demanda familia	Tipo demanda consumidor	Tipo demanda familia	Estado cambio consumidor	Estado de cambio de la familia
Válido	317	317	317	317	317	317	317
Ausente	0	0	0	0	0	0	0
Media	2.738	2.303	3.057	2.063	1.804	1.817	2.085
Desviación Típica	2.097	1.843	2.057	0.943	0.763	0.635	0.505
Mínimo	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Máximo	7.000	7.000	7.000	6.000	4.000	3.000	4.000

Nota: Elaboración propia.

En cuanto a la actitud de la familia tras enterarse del consumo del adolescente fue muy variada, y aunque no todas son positivas en su totalidad representan a un factor protector que tiene el adolescente ante el consumo de sustancias, así pues se observa que el 48,8% presentó una actitud de apoyo, consejo y ayuda, 11,3% visualizó una actitud de decepción y rechazo, el 9,8% desconfianza y descontrol, 8,8% preocupación, mientras que aquellos con una actitud de enojo/malestar y tristeza y llanto alcanzaron un 7,5 y por último el 6,3 se mostró comprensivo ante la situación que presentó el adolescente.

2.5: Estado de cambio de los adolescentes consumidores de h que presentan un mayor apoyo social.

Los estados de cambios a los cuales se han presentado los adolescentes y las familias de estos consumidores son analizados mediante su frecuencia en las que se presentan por las respuestas indicadas.

Tabla 70. Frecuencias para Estado de cambio del consumidor

Estado de cambio del consumidor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Pre-contemplación	98	30.915	30.915	30.915
Contemplación	179	56.467	56.467	87.382
Preparación	40	12.618	12.618	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	317	100.000		

Nota: Elaboración propia.

Tabla 71. *Frecuencias para Estado de cambio de la familia*

Estado de cambio de la familia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Pre-contemplacion	19	5.994	5.994	5.994
Contemplación	261	82.334	82.334	88.328
Preparación	28	8.833	8.833	97.161
Acción al cambio	9	2.839	2.839	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	317	100.000		

Nota: Elaboración propia.

En cuanto a los distintos estados de cambio de los adolescentes consumidores, más de la mitad de la muestra indica que los estados de contemplación son comunes durante el consumo, misma realidad que se refleja en el mayor porcentaje de 82% de estado de cambio de la familia, siendo así esta situación de posible cambio considerada de parte de los consumidores y sus familiares, y cuando este no es el caso en los adolescentes, el segundo porcentaje más grande se prepara para la toma de dicha decisión, mientras los familiares ya inician la preparación para la acción al cambio.

Objetivo 3. Determinar relaciones entre variables sociodemográficas, factores protectores, de riesgo y efectos del consumo de drogas.

3.1: Relación entre variables sociodemográficas y frecuencia de consumo

En cuanto el objetivo de poder determinar la relación entre el género y la frecuencia de consumo en los adolescentes, se destaca que existe por defecto un mayor consumo diario en la muestra que corresponde a hombres debido a la densidad de la población y muestra, sin embargo algo que si se puede evidenciar es que la mayoría de los consumos diarios esta dado por hombre mientras que las mujeres destacan que su mayor consumo está dado los fines de semana no obstante esta variación no es tan grande comparado con la muestra de hombres ya que estos presentan un consumo diario más alto en comparación con su consumo semanal y mensual, no obstante en las mujeres tanto el

consumo diario como mensual esta casi iguales y solo difiere en el número de adolescentes mujeres que consume mensualmente. Tal y como se observa en la tabla

Tabla 72.

Frecuencias de consumo por sexo

Frecuencia de consumo						
Sexo	Diario	Semanal	Mensual	Total	p	Valor C.C
Hombre	136	109	19	264	0.097	0.120
Mujer	21	24	8	53		
Total	157	133	27	317		

Los valores de Pearson indican que existe una aparente relación entre las variables sociodemográficos y el consumo de la sustancia h; por otro lado el coeficiente de contingencia indica que no existe una aparente asociación entre las mismas, validando así estos aspectos analizados.

3.2: Relación entre la ocupación del adolescente y la frecuencia con que consume la sustancia h.

En cuanto el objetivo de poder determinar la relación entre el género y la frecuencia de consumo en los adolescentes, se destaca que existe por defecto un mayor consumo diario en la muestra que corresponde a hombres debido a la densidad de la población y muestra, sin embargo algo que si se puede evidenciar es que la mayoría de los consumos diarios esta dado por hombre mientras que las mujeres destacan que su mayor consumo está dado los fines de semana no obstante esta variación no es tan grande comparado con la muestra de hombres ya que estos presentan un consumo diario más alto en comparación con su consumo semanal y mensual, no obstante en las mujeres tanto el consumo diario como mensual esta casi iguales y solo difiere en el número de adolescentes mujeres que consume mensualmente. Tal y como se observa en la tabla.

Tabla 73

Frecuencias de consumo por ocupación

Frecuencia de consumo						
Ocupación	Diario	Semanal	Mensual	Total	p	Valor C.C

Estudiante	152	123	26	301		
Trabaja con familiares y amigos	1	4	0	5		
Trabajo externo	3	3	0	6	0.037	0.222
Estudia y trabaja	0	0	1	1		
No estudia ni trabaja	1	3	0	4		
Total	157	133	27	317		

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que no existe una aparente relación entre las ocupaciones, sin embargo, considerando también que la muestra es más representativa de la categoría de estudiantes por una mayoría considerable (95%), es posible que no se refleje fielmente la relación, igualmente el valor de coeficiente de contingencia implica que no existe asociación entre las variables de forma aparente.

3.3: Frecuencia de consumo según las causas que representan situaciones estresantes en los adolescentes e influyen en su decisión de consumir.

En cuanto al objetivo de poder determinar las causas y situaciones estresantes que propician el consumo, se destaca que el mayor estresor frecuente entre todas las frecuencias de consumo para los adolescentes son los problemas o conflictos con sus padres, con un total de 157 casos de la muestran en donde el consumo diario es el más frecuente por esta razón; no obstante, dichas problemáticas son generales por lo que las variables de problemas económicos, separación o problemas legales involucran valores mucho más pequeños que no se acercan a una mayoría porcentual.

Los lugares de consumo indican que los espacios más frecuentados por los adolescentes son los espacios escolares del colegio, posicionándose así con 172 casos detectados, siendo estos valores mayormente presentados en casos de consumo semanal, teniendo en segundo lugar a los espacios barriales.

Este contraste se relaciona aparentemente con los datos presentados de consumidores cercanos, donde la cifra más alta indica a los amigos del colegio, seguido por amistades que frecuentan tanto en colegio y barrios con 167 y 42 casos detectados respectivamente, por lo que es considerable así que dichos sean los lugares más frecuentes de consumo de la droga h.

Tabla 74.*Tabla de contingencia: estresores actuales*

Estresores actuales	Frecuencia de consumo				P	Valor C.C
	Diario	Semanal	Mensual	Total		
Problemas con sus padres	82	58	17	157		
Separación o divorcio de los padres	11	7	1	19		
Problemas con los hermanos	7	6	2	15		
Problemas en el colegio	18	17	0	35		
Problemas económicos en la familia	8	9	2	19		
Problemas con los amigos/pandillas/novia	8	7	0	15	0,1190,226	
El consumo/abstinencia/salud	16	10	4	30		
Problemas legales	1	7	1	9		
Ninguno	6	12	0	18		

Tabla de contingencia: estresores actuales

Estresores actuales	Frecuencia de consumo				P	Valor C.C
	Diario	Semanal	Mensual	Total		
Total	157	133	27	317		

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que si existe una aparente relación entre los estresores actuales por lo que es considerable la cifra alta de los consumos por problemas de los padres de forma general se extienden entre las frecuencias diarias y mensuales con mayor predominancia, por otro lado, el valor de coeficiente de contingencia implica que no existe asociación entre las variables de forma aparente.

Tabla 75.

Tabla de contingencia: lugares de expendio

Lugares de expendio	Frecuencia de consumo				p	V C.C
	Diario	Semanal	Mensual	Total		
En el Colegio	72	84	11	167		
Fuera/cerca del colegio	11	5	3	19		
Paradas de bus/metro	13	6	5	24		
En su barrio	22	10	4	36	0,070	0,243
En el colegio y el barrio	10	11	1	22		
En otro barrio / sector	25	15	2	42		
Fiestas	4	2	1	7		
Total	157	133	27	317		

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que, si existe una aparente relación entre las en los lugares de consumo, considerando también que la muestra es más representativa de la categoría de estudiantes por una mayoría considerable (95%), es posible que no se refleje fielmente la relación, en contraste, el valor de coeficiente de contingencia implica que no existe asociación entre las variables de forma aparente.

Tabla 76.

Tabla de contingencia: consumidores cercanos

Consumidores cercanos	Frecuencia de consumo				p	Valor C.C
	Diario	Semanal	Mensual	Total		
Padre	5	4	1	10	0.164	0,238
Madre	5	4	0	9		
Hermanos	8	3	0	11		
Primos	15	4	3	22		
Amigos del barrio	4	6	2	12		
Amigos del colegio	80	61	12	153		
Amigos del colegio y del barrio	39	46	7	92		

Tabla de contingencia: consumidores cercanos

Consumidores cercanos	Frecuencia de consumo				p	Valor C.C
	Diario	Semanal	Mensual	Total		
Otro Familiar	1	5	2	8		
Total	157	133	27	317		

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que si existe una aparente relación entre las ocupaciones considerando también que la muestra es más representativa de la categoría de estudiantes por una mayoría considerable (95%), es posible que no se refleje fielmente la relación, mientras que el valor de coeficiente de contingencia implica que no existe asociación entre las variables de forma aparente.

3.4: Efectos producidos en los consumidores de h según su frecuencia de consumo.

Los síntomas de expresión biológica producidos por los consumidores de h indican que los mareos, vómitos y sueño son los síntomas más frecuentes, estando presentes en 72 instancias de la muestra de adolescentes, siendo particularmente notorias en las frecuencias diarias y semanales. En las frecuencias mensuales, a pesar de no tener cifras altas, los dolores de hueso, fiebre y escalofríos son las dolencias más habituales, evidenciándose también como los segundos síntomas más presentados a nivel general. Finalmente, para los consumidores diarios, la percepción de agresividad también consta como el segundo síntoma más presente, con 28 casos detectados, pero variando con cifras menores en las frecuencias semanales y mensuales.

Tabla 77.

Tabla de contingencia: Síntomas presentados

Síntomas de expresión biológica y psicológica frente al consumo	Frecuencia de consumo				p	Valor C.C
	Diario	Semanal	Mensual	Total		
Dolor de cabeza y náuseas	17	19	3	39		

Dolor de huesos, fiebre y escalofrío	26	16	6	48		
Activo, alegre y con poder	9	5	3	17		
Agresividad, ansiedad, mal comportamiento	28	11	2	41		
Insomnio y cansancio	13	3	2	18		
Abstinencia	5	7	0	12		
Dolor de cabeza y huesos	6	7	0	13	0,4	0,325
Mareo, vomito y sueño	32	35	5	72		
Relajación, sentirse bien	8	3	1	12		
Malestar general	5	7	0	12		
Incremento del apetito	1	1	0	2		
Perdida del apetito y decaimiento	5	5	1	11		
Ninguno	2	14	4	20		
Total	157	133	27	317		

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que si existe una clara relación entre la sintomatología presentada por los consumidores de h, en donde estos efectos del consumo se presentan en la mayoría de los consumidores independientemente de las frecuencias de consumo, igualmente el valor de coeficiente de contingencia indica que si existe una asociación leve entre las variables.

3.5: Relación existente entre la frecuencia de consumo de los adolescentes y los factores protectores existentes en el medio que le rodea.

Los factores protectores de los consumidores como el apoyo social indican que los consumidores reciben más ayuda de parte de los familiares, con 252 casos indicados, mismos que se distribuyen en su mayoría en los consumidores diarios y semanales con 144 y 115 casos respectivamente. A

pesar de no haber muchos consumidores mensuales, casi todo el apoyo percibido se contempla en esta categoría.

Los apoyos adicionales como de las amistades se manifiestan con cifras proporcionalmente menores a las familiares, así mismo en su mayoría de consumo diario o semanal. A partir de los apoyos de grupos organizados como iglesias u organismos del estado, esta cifra baja significativamente según la siguiente tabla.

Tabla 78.

Tabla de contingencia: Apoyo social

Apoyo social	Diario	Semanal	Mensual	Total	p	Valor C.C
Apoyo social - familiares	144	115	24	283	0.853	0.081
Apoyo social de las amistades	28	21	3	52	0.663	0.051
Apoyo social - comunidad	4	1	0	5	0.364	0.079
Apoyo social - vecinos	6	6	1	13	0.952	0.018
Apoyo social - seguro social	5	2	0	7	0.447	0.071
Apoyo social - religión	11	9	1	21	0.813	0.036
Apoyo social - MPS	11	8	1	20	0.795	0.038
Apoyo social - clubes	2	2	0	4	0.816	0.036
Apoyo social - grupos de apoyo	5	1	0	6	0.239	0.095
Apoyo social - ONG	3	1	0	4	0.562	0.060
Apoyo social - cl.nicas	3	1	1	5	0.476	0.068
Apoyo social - NN.AA.	1	0	1	2	0.086	0.124

Nota: Elaboración propia.

Los valores de Pearson indican que en todas las categorías de apoyo si existe una clara relación entre las variables, exceptuando los apoyos percibidos de las comunidades, seguros sociales, grupos de apoyo privados y clínicas, en donde las cifras no permiten indicar una posible relación entre las variables. Para el valor de coeficiente de contingencia, este indicó que en todas las categorías no existen posibles asociaciones entre los resultados obtenidos

3.6: Estado de cambio que presentan los adolescentes consumidores de sustancias que realizan actividades recreativas en su tiempo libre.

Entre las actividades más frecuentes de los adolescentes consumidores se encuentra la práctica deportiva, con 98 casos detectados, en su mayoría de los consumidores diarios. La segunda práctica más destacable es el tiempo de ocio viendo televisión con 87 casos, destacando que esta es la actividad más popular entre los consumidores semanales. Finalmente, los consumidores mensuales distribuyen sus actividades de ocio en su mayoría entre estas dos prácticas mencionadas anteriormente. El uso del celular o medios electrónicos o el descanso son actividades poco frecuentes en la muestra de adolescentes.

Tabla 79.

Tabla de contingencia: Actividades de tiempo libre

Tiempo libre y Diario recreación		Semanal	Mensual	Total	p	Valor C.C
Dormir	4	5	0	9		
Hace tareas	17	6	2	25		
Sale con los amigos	9	12	1	22		
Sale con la novia	9	3	0	12		
Ve television	39	39	9	87		
Usa el internet en la compu/celular	3	11	0	14	0.090	0.278

Hace deportes	53	36	9	98
Ayuda a sus padres en casa o trabajo	5	5	3	13
Escucha musica	9	7	3	19
Videojuegos	9	9	0	18
Total	157	133	27	317

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que, si existe una determinante relación entre las actividades de tiempo libre de los adolescentes consumidores, el valor de coeficiente de contingencia indica por otro lado que no existe una asociación entre las variables.

3.7: Factores de riesgo a los que se expone el adolescente que puede influir en la frecuencia con que consume.

Entre los resultados obtenidos se consideró 3 factores de riesgo que podrían estar influyendo en la frecuencia del consumo, tales como la demanda del usuario que expresa su deseo del porqué de la consulta psicológica que recibe, la demanda de la familia que responde al porque sus hijos se encuentran allí, el tiempo de demanda de usuario que corresponde ya al nombre de consulta

Tabla 80.

Tabla de contingencia: Demanda del usuario

Frecuencia de consumo

Demanda usuario	Diario	Semanal	Mensual	Total	p	Valor C.C
Dejar de consumir	85	77	11	173		
Cambio de comportamiento	25	20	3	48		
Mejorar relaciones familiares	12	6	5	23	0.300	0.206
No tener problemas / mejorar en el colegio	4	8	1	13		

Recibir charlas, consejos, atención profesional	17	15	5	37
No desea ayuda	3	3	0	6
Estar/sentirse bien	11	4	2	17
Total	157	133	27	317

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que, si existe una relación notoria entre las demandas de los usuarios y el consumo de la sustancia h, el valor de coeficiente de contingencia indica sin embargo que no existe una asociación entre las variables.

Tabla 81.

Tabla de contingencia: Demandas familiares

Frecuencia de consumo						
Demanda familia	Diario	Semanal	Mensual	Total	p	Valor C.C
Dejar de consumir	62	57	10	129	0.516	0.184
Cambio de comportamiento	17	14	3	34		
Mejorar relaciones familiares	6	5	3	14		
No tener problemas en el colegio	9	5	3	17		

Recibir ayuda, charlas, consejos, atención profesional	52	40	6	98
No desea ayuda	0	2	1	3
Estar/sentirse bien	11	10	1	22
Total	157	133	27	317

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que si existe una relación notoria entre las demandas de las familias y las diversas frecuencias de consumo, por otro lado el valor de coeficiente de contingencia indica que no existe una asociación entre las variables.

Tabla 82.

Tabla de contingencia: Tipo de demanda del consumidor

		Frecuencia de consumo					
Tipo consumidor	demanda del	Diario	Semanal	Mensual	Total	p	Valor C.C
Delegación control		34	26	5	65		
Colaboración		106	87	20	213		
Urgencia		5	3	1	9		
Pseudo-acuerdo		8	9	1	18	0.897	0.123
Dramatización		3	5	0	8		
Poder del ausente		1	3	0	4		

Total 157 133 27 317

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que, si existe una relación muy considerable entre las demandas de los usuarios y las diversas frecuencias de consumo, por otro lado el valor de coeficiente de contingencia indica que no existe una asociación entre las variables.

Tabla 83.

Tabla de contingencia: Tipo de demanda de la familia

Tipo demanda familia	Frecuencia de consumo				p	Valor C.C
	Diario	Semanal	Mensual	Total		
Delegación del control	63	39	12	114		
Colaboración	77	80	9	166	0.074	0.187
Urgencia	8	10	4	22		
Pseudo-acuerdo	9	4	2	15		
Total	157	133	27	317		

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que, si existe una relación entre los tipos de demandas de las familias y las diversas frecuencias de consumo, aunque este valor es casi el mínimo para ser considerado, por otro lado el valor de coeficiente de contingencia indica que no existe una asociación entre las variables.

Tabla 84.

Tabla de contingencia: Actitud de la familia

Actitud de la familia	Frecuencia de consumo				p	Valor C.C
	Diario	Semanal	Mensual	Total		
Apoyo/consejo/ayuda	73	68	14	155		

Desconfianza/control	12	15	4	31		
Preocupación	17	11	0	28		
Enojo/malestar,	9	13	2	24	0.509	0.185
Tristeza/llanto	11	10	2	23		
Descepción/rechazo	23	10	3	36		
Comprensión	12	6	2	20		
Total	157	133	27	317		

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que, si existe una relación entre los tipos de actitudes de las familias y las diversas frecuencias de consumo, por otro lado, el valor de coeficiente de contingencia indica que no existe una asociación entre las variables.

3.8: Relación existente entre el estado de cambio del consumidor y las familias en función a la frecuencia de consumo que mantienen los adolescentes.

Los estados de cambio que afectan tanto al consumidor como a la familia, ambos expresan en su mayoría que se encuentran dentro de la etapa de contemplación, en donde se puede identificar la intención de generar el cambio con respecto a la actividad del consumo, en donde 179 de los casos corresponden a este estado en los consumidores, y una mayoría considerable de 261 corresponden a los estados familiares.

Tabla 85.

Tabla de contingencia: Estado del cambio del consumidor

Estado de cambio del consumidor	Frecuencia de consumo				P	Valor C.C
	Diario	Semanal	Mensual	Total		
Pre- contemplación	50	36	12	98		
Contemplación	94	72	13	179	0.040	0.175

Preparación	13	25	2	40
Total	157	133	27	317

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que no existe una relación entre los tipos de estado de cambio en los adolescentes y las diversas frecuencias de consumo, por otro lado el valor de coeficiente de contingencia indica que no existe una asociación entre las variables.

Tabla 86.

Tabla de contingencia: Estado de cambio de la familia

Estado de cambio de la familia	Frecuencia de consumo				p	Valor C.C	
	Diario	Semanal	Mensual	Total			
Pre-contemplación	12	6	1	19			
Contemplación	129	110	22	261			
Preparación	12	13	3	28		0.909	0.081
Acción al cambio	4	4	1	9			
Total	157	133	27	317			

Nota: Elaboración propia.

El valor de Pearson indica que, si existe una relación perceptible entre los tipos de estados de cambio de las familias y las diversas frecuencias de consumo, por otro lado el valor de coeficiente de contingencia indica que no existe una asociación entre las variables.

ESTUDIO 2: Factores personales y familiares asociados al riesgo de consumo de drogas: comparación de grupos de consumidores y sanos.

Objetivo 4. Evaluar factores de la personalidad, afrontamiento y autoestima en adolescentes consumidores y sanos.

Aplicación Test CPS

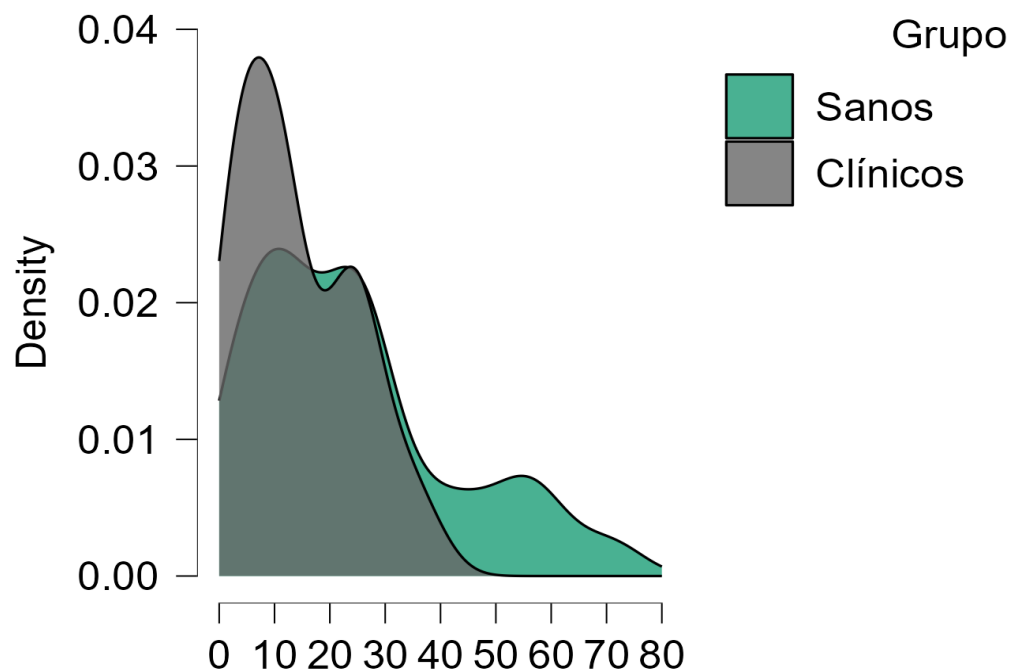
Se dan los resultados de la prueba CPS. Para analizar estas escalas se tomaron las puntuaciones típicas para determinar los resultados en las diversas dimensiones de acuerdo con las estadísticas de media, mediana y desviaciones estándar. Las diversas dimensiones se representan mediante curvas de densidad que contrastan los resultados de las poblaciones que alcanzan la categorización de sanos y clínicos.

Tabla 87. *Personalidad situacional*

Factores de personalidad situacional	Grupos	Median	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis
Estabilidad emocional	Sano	24.000	24.167	18.566	0.942	0.195
	Clínico	12.000	14.074	10.399	0.614	-0.747
Ansiedad	Sano	71.000	72.433	17.589	-0.289	-0.930
	Clínico	76.000	78.593	12.641	0.245	-1.127
Autoconcepto	Sano	17.000	23.633	17.401	0.583	-0.836
	Clínico	15.000	18.259	12.234	0.774	0.772
Eficacia	Sano	24.000	23.267	15.512	0.368	-1.204
	Clínico	9.000	15.074	12.573	1.108	0.644
Confianza-Seguridad en sí mismo	Sano	24.000	25.500	20.841	1.123	0.954
	Clínico	12.000	13.667	12.086	2.211	7.484
Independencia	Sano	63.000	64.767	20.304	-0.685	1.825
	Clínico	71.000	65.074	19.898	-0.080	-0.964
Dominancia	Sano	45.000	46.767	20.559	-0.022	-0.495
	Clínico	58.000	57.519	16.164	-0.685	0.410
Control cognitivo	Sano	20.500	22.433	14.009	1.455	2.580
	Clínico	12.000	15.852	14.413	1.847	4.877
Sociabilidad	Sano	24.000	21.467	14.645	0.507	-0.009
	Clínico	24.000	23.000	10.619	-0.119	-1.103

Ajuste social	Sano	24.000	24.533	14.448	0.183	-0.981
	Clínico	15.000	17.481	14.410	1.468	1.842
Agresividad	Sano	79.500	73.100	22.689	-0.754	-0.813
	Clínico	85.000	81.333	18.992	-1.094	0.164
Tolerancia	Sano	24.000	25.967	17.073	0.068	-1.051
	Clínico	24.000	20.333	16.834	0.822	0.541
Inteligencia social	Sano	24.000	22.067	11.089	0.925	1.642
	Clínico	15.000	19.407	15.395	1.348	0.688
Integridad/Honestidad	Sano	24.000	24.733	13.460	0.439	-0.504
	Clínico	12.000	15.556	13.512	1.398	1.269
Liderazgo	Sano	36.500	36.833	17.745	-0.345	-0.474
	Clínico	50.000	45.074	15.886	-0.856	0.378
Sinceridad	Sano	57.500	59.100	19.177	0.008	-0.576
	Clínico	67.000	66.444	13.990	-0.200	0.821
Deseabilidad social	Sano	15.000	19.433	14.906	0.865	-0.179
	Clínico	9.000	12.148	9.147	1.126	0.923
Control	Sano	33.000	33.233	18.834	0.347	0.190
	Clínico	24.000	24.741	15.493	0.120	-1.191
Ajuste	Sano	12.000	19.533	19.315	0.965	0.152
	Clínico	4.000	8.148	9.933	1.881	4.030
Liderazgo	Sano	54.500	54.233	20.514	-0.129	-0.792
	Clínico	69.000	65.704	18.017	-0.707	0.176
Independencia	Sano	72.000	72.067	20.163	-1.179	2.402
	Clínico	75.000	75.000	18.549	-0.642	-0.111
Consenso	Sano	8.000	14.667	16.291	1.355	1.544
	Clínico	1.000	7.667	14.982	2.607	7.205
Extraversión	Sano	10.500	11.700	10.901	0.907	-0.188
	Clínico	2.000	8.778	11.332	1.585	2.118

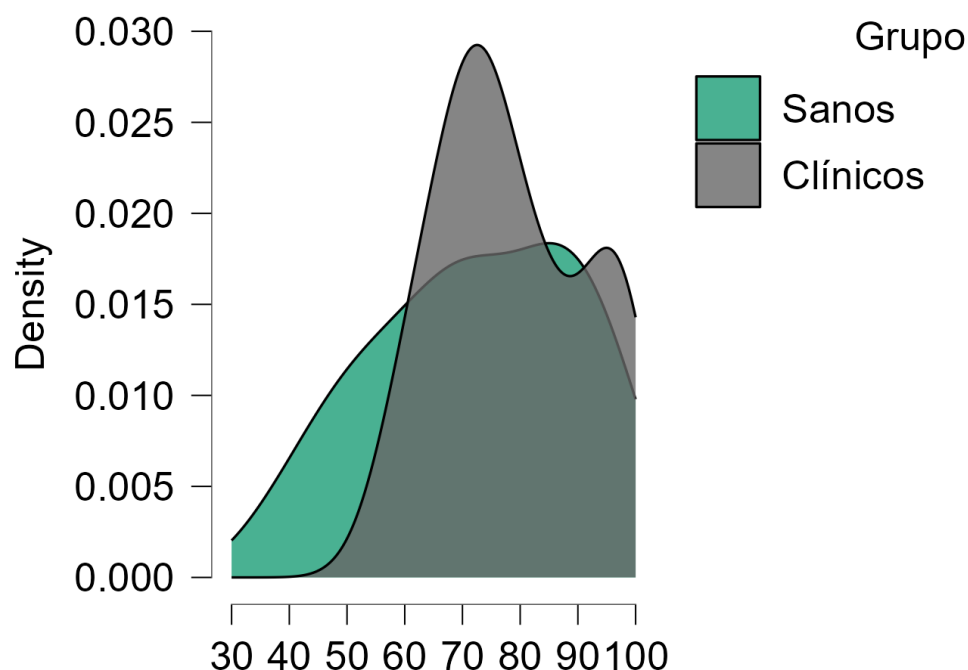
Nota: Elaboración propia.

Ilustración 39. Escala de Estabilidad emocional

Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de estabilidad emocional. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 10-30 como puntaje categórico, con una media de 14(d.s.=) puntos entre los participantes, indicando una posible inestabilidad emocional, por los cambios de humor o inestabilidades emocionales. Los puntajes sanos se distribuyen un poco más equitativamente, donde las puntuaciones comunes indican una media de 24 puntos, pero así mismo hay casos donde hay puntajes superiores a la media indicando una estabilidad emocional más ajustada y con control de impulsos.

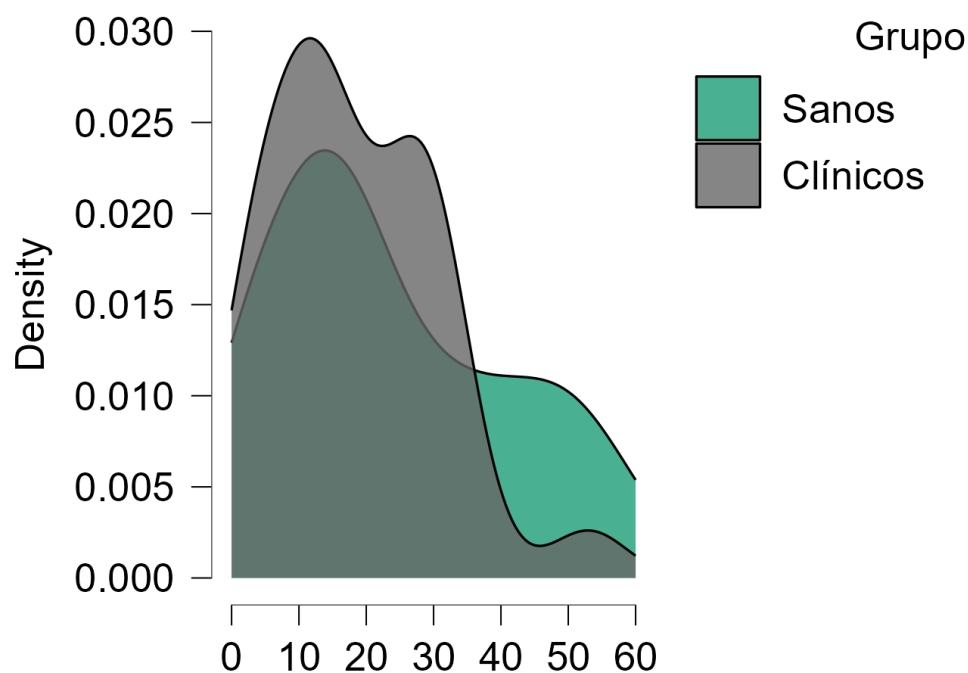
Ilustración 40. Escala de Ansiedad



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de ansiedad. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 65-85 como puntaje categórico, con una media de 78 puntos, indicando una posible inestabilidad ansiosa, por la irritabilidad, miedos y preocupaciones constantes. Los puntajes sanos se distribuyen un poco más equitativamente, donde la media se posiciona en 72 puntos, pero así mismo hay casos donde hay puntajes inferiores a la media indicando una estabilidad de ansiedad más promedia, con niveles de inquietud similares a la mayoría.

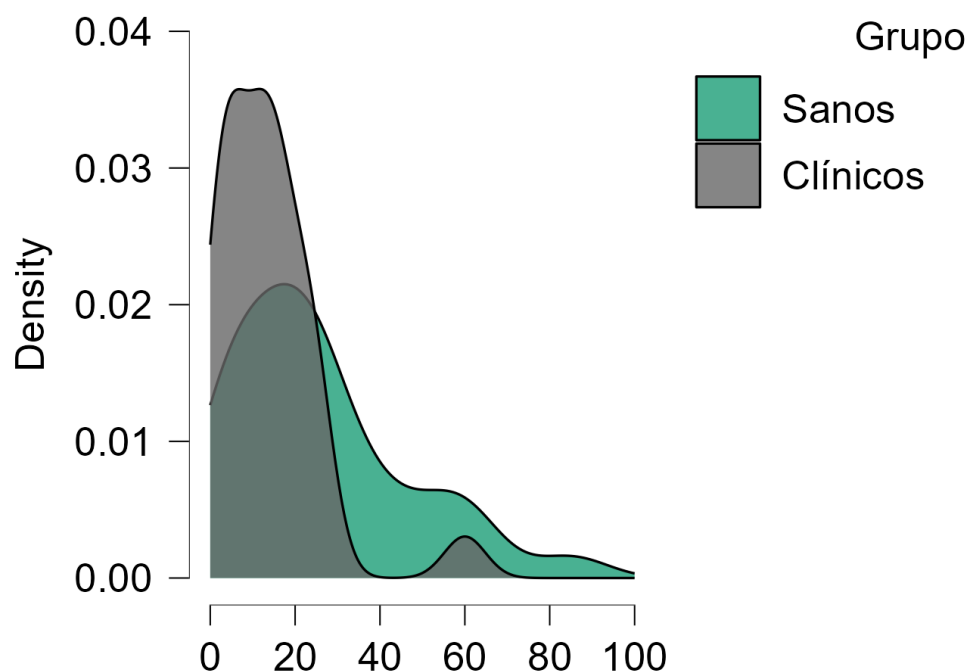
Ilustración 41. Escala de Autoconcepto



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de autoconcepto. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 9-35 como puntaje categórico, con una media de 18 puntos, indicando una posible inestabilidad a nivel de autoestima, con posibles sentimientos de inferioridad o tendencia a la autoculpabilidad. Los puntajes sanos se distribuyen de forma similar, con su media en 23 puntos, donde hay instancias de baja autoestima en algunos casos, pero con menor densidad a la población clínica y existiendo casos con resultados promedios con opiniones de sí mismo aceptables y moderadamente satisfechos consigo mismo.

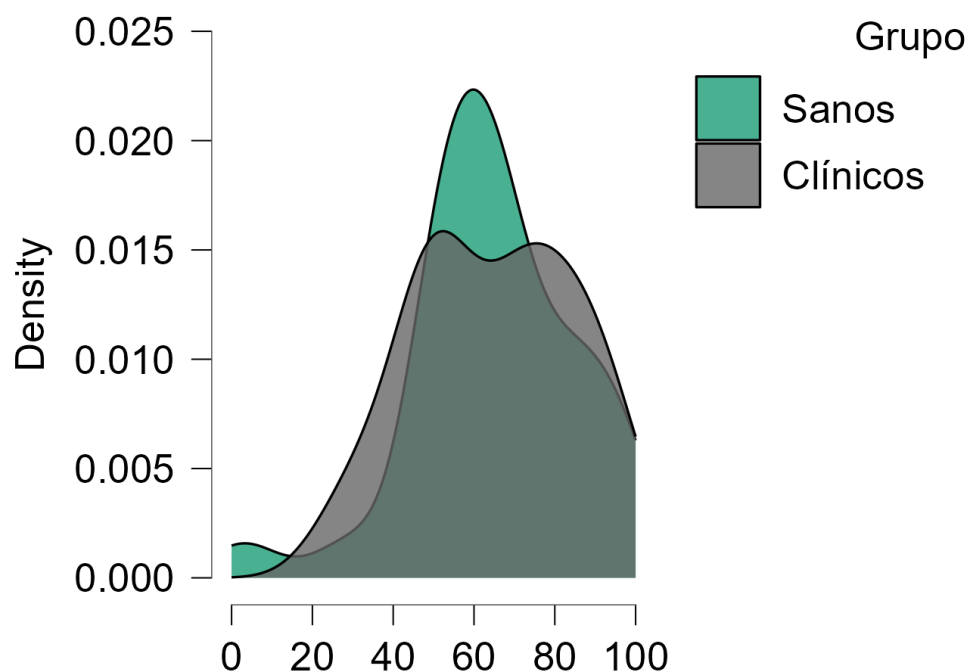
Ilustración 42. Escala de Seguridad en sí mismo



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de seguridad de sí mismo. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 7-27 como puntaje categórico, con una media de 13 puntos, indicando una posible inestabilidad a nivel de seguridad personal, con posibles sentimientos de desconfianza y miedo ante la adversidad. Es necesario recalcar que un pequeño porcentaje de los evaluados clínicos sí mantienen una seguridad en sí mismo promedio. Los puntajes sanos se distribuyen más equitativamente, con su media en 25 puntos, donde hay instancias de baja seguridad personal en algunos casos, pero con menor densidad a la población clínica y existiendo casos con resultados promedios y con mucha seguridad sobre sus acciones.

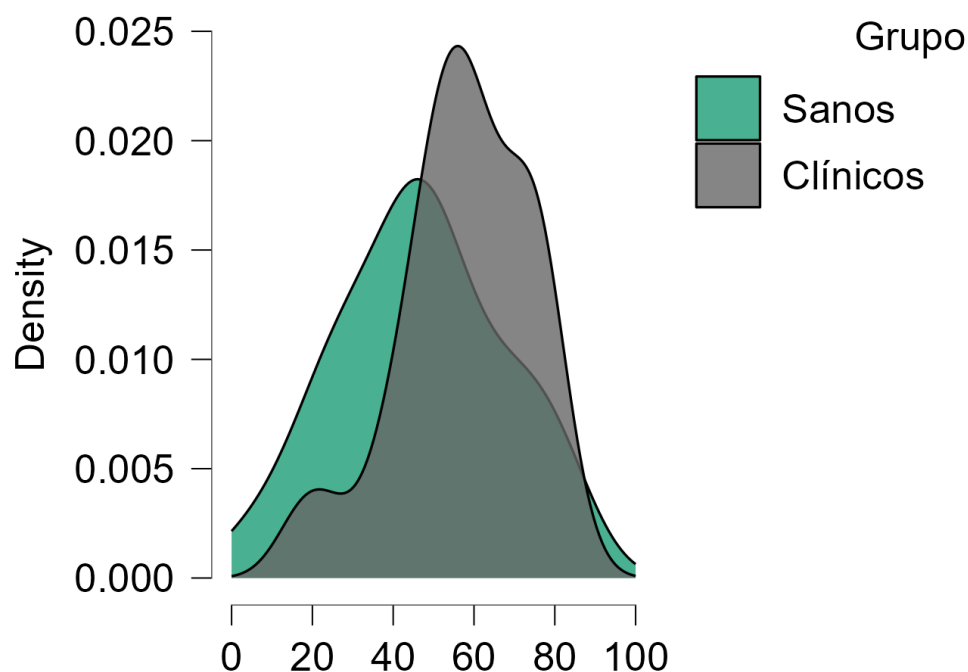
Ilustración 43. Escala de Independencia



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de independencia. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que la mayoría de las respuestas están distribuidas entre los 40 a 85 en puntaje categórico, con una media de 65 puntos, siendo en varios casos un puntaje promedio con un grado de independencia y autonomía que le permite tener iniciativa en sus decisiones, mientras que el resto de los casos indican posible priorización de los intereses personales por sobre los del resto. Es necesario recalcar que un pequeño porcentaje de los evaluados clínicos si mantienen una dependencia sumisa hacia el resto. Los puntajes sanos se distribuyen en su mayoría con una estabilidad en su autonomía teniendo una media de 64 puntos, con tendencias a primar sus decisiones sobre el resto, pero con mayor densidad a la población clínica.

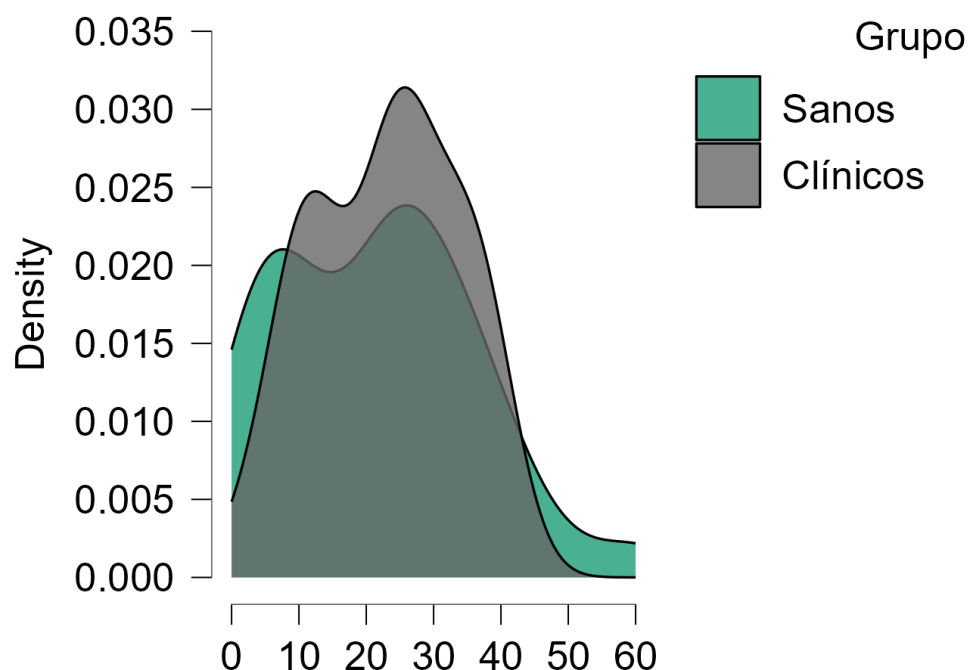
Ilustración 44. *Escala de Dominancia*



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados clínicos, pero simétrica en los sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de dominancia. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que la mayoría de las respuestas están distribuidas entre los 50 a 80 en puntaje categórico, con una media de 57 puntos, siendo en varios casos un puntaje promedio con un grado de asertividad y actividad, mientras que el resto de los casos indican posible intolerancia, agresividad o competitividad con el resto. Es necesario recalcar que un pequeño porcentaje de los evaluados clínicos si mantienen una dependencia sumisa hacia el resto. Los puntajes sanos se distribuyen en su mayoría con una estabilidad en su dominancia con una media de 46 puntos, con porcentajes menores distribuyéndose entre la sumisión y la competitividad.

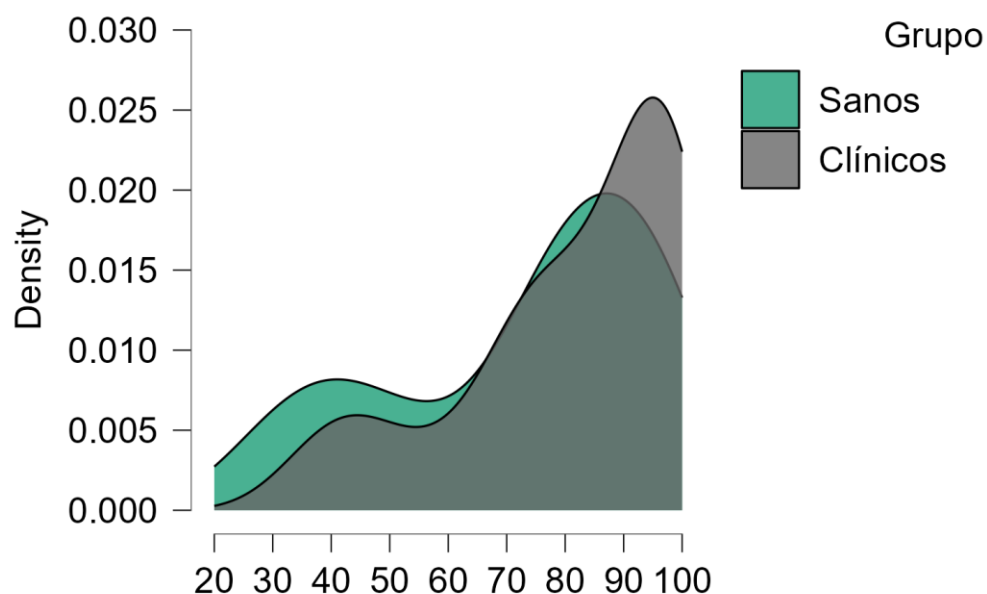
Ilustración 45. Escala de Sociabilidad



Nota: Elaboración propia.

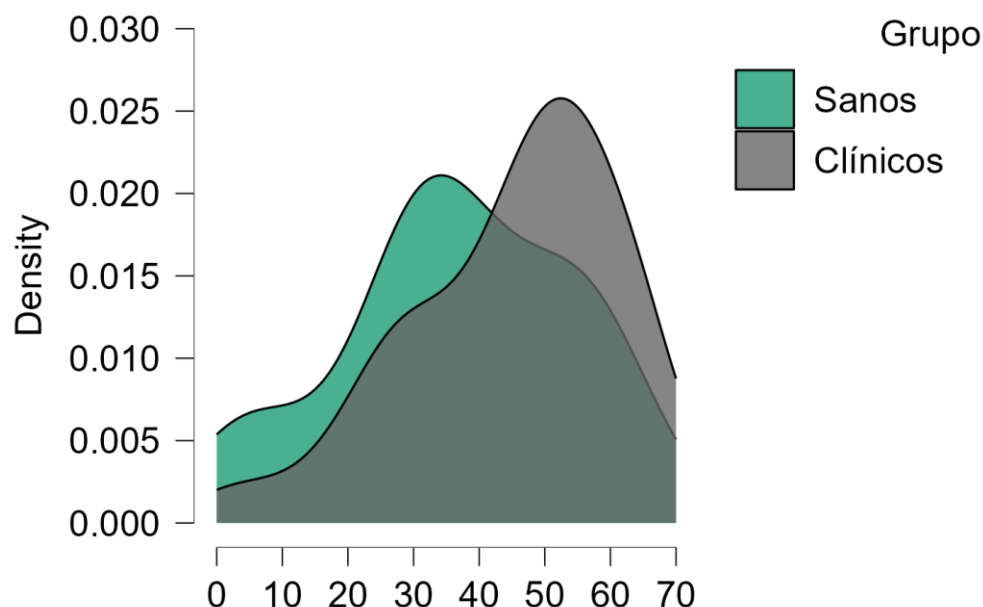
La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de sociabilidad. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que la mayoría de las respuestas están distribuidas entre los 10 a 39 en puntaje categórico, con una media de 23 puntos, siendo en su mayoría puntajes que indican un poco sociabilidad, reservación e inhibición social. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente con una media de 21 puntos, indicando tendencias de asociabilidad y poca comunicación con el resto, pero con menor densidad a la población clínica y existiendo un pequeño porcentaje con un nivel comunicativo promedio

Ilustración 46. Escala de Agresividad



Nota: Elaboración propia.

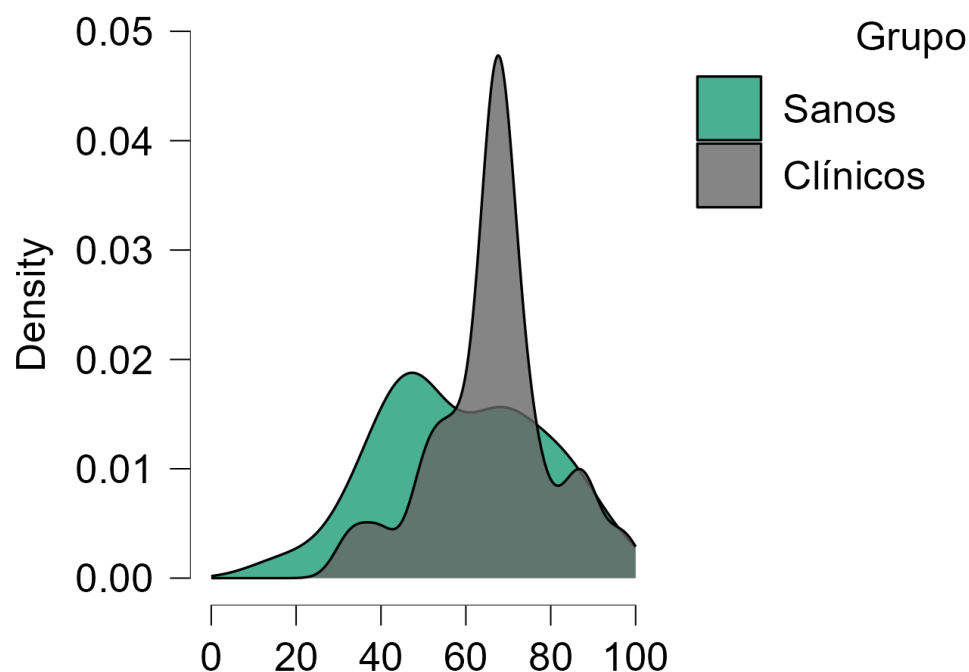
La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de agresividad. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que la mayoría de las respuestas están distribuidas entre los 65 a 100 en puntaje categórico, con una media de 81 puntos, siendo en su mayoría puntajes que indican conductas hostiles, agresivas y belicosas en extremos. Es necesario mencionar que un porcentaje menor de esta población no presenta esta problemática y hasta se manifiestan sociables, amables y comprensivos. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente con una media de 73 puntos, indicando tendencias de agresividad y vengativa el resto, pero con menor densidad a la población clínica y existiendo un mayor porcentaje con un nivel de agresividad menor con respuestas adecuadas a la frustración.



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de liderazgo. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que la mayoría de las respuestas están distribuidas entre los 35 a 65 en puntaje categórico, con una media de 45 puntos, siendo en su mayoría puntajes que indican conductas promedio en cuanto a liderazgo, con posibilidad de organizar al resto, pero sin un afán por el control. Es necesario mencionar que un porcentaje menor de esta población no tiene deseos de ser líder ni entusiasmo por dirigir actividades. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente con una media de 36 puntos, indicando tendencias menores de liderazgo en contraste con la población clínica, existiendo en su mayoría respuestas que indican un parcial rechazo a la idea de liderar o considerando que el resto no los ven de esa forma, así también existe un porcentaje con un nivel de liderazgo mayor con respuestas adecuadas a la idea de ser líder.

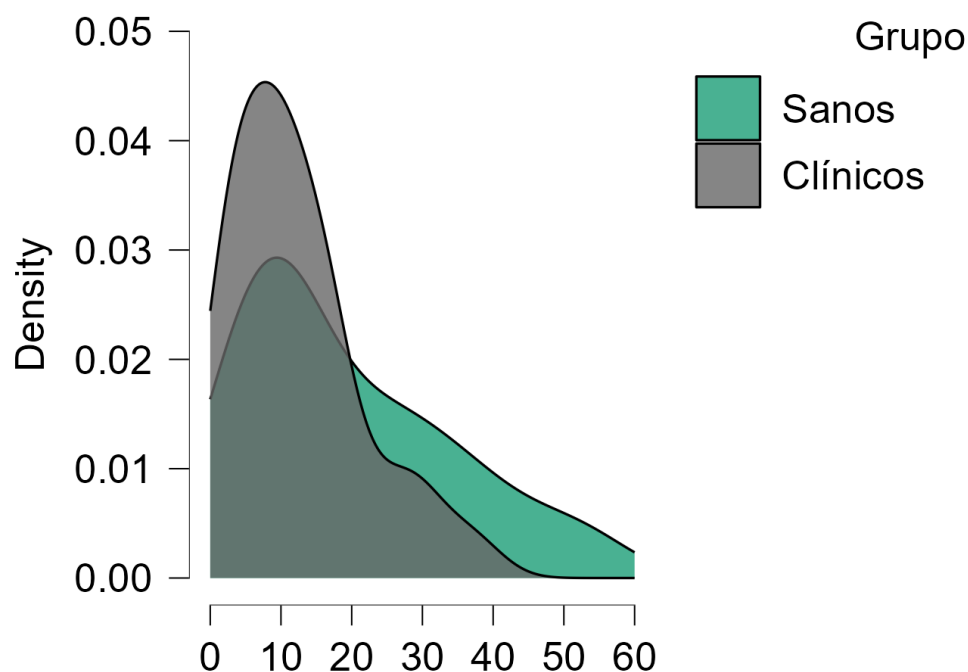
Ilustración 48. Escala de Sinceridad



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de sinceridad. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 55-80 como puntaje categórico, con una media de 66 puntos, indicando una posible veracidad en sus respuestas de forma libre y genuina. Los puntajes sanos se distribuyen más equitativamente, con su media en 59 puntos, donde hay un porcentaje mayor que indica esta misma veracidad y sinceridad, pero con menor densidad a la población clínica y existiendo un porcentaje considerable de casos con resultados que indican modestias sociales y posibles inseguridades del yo.

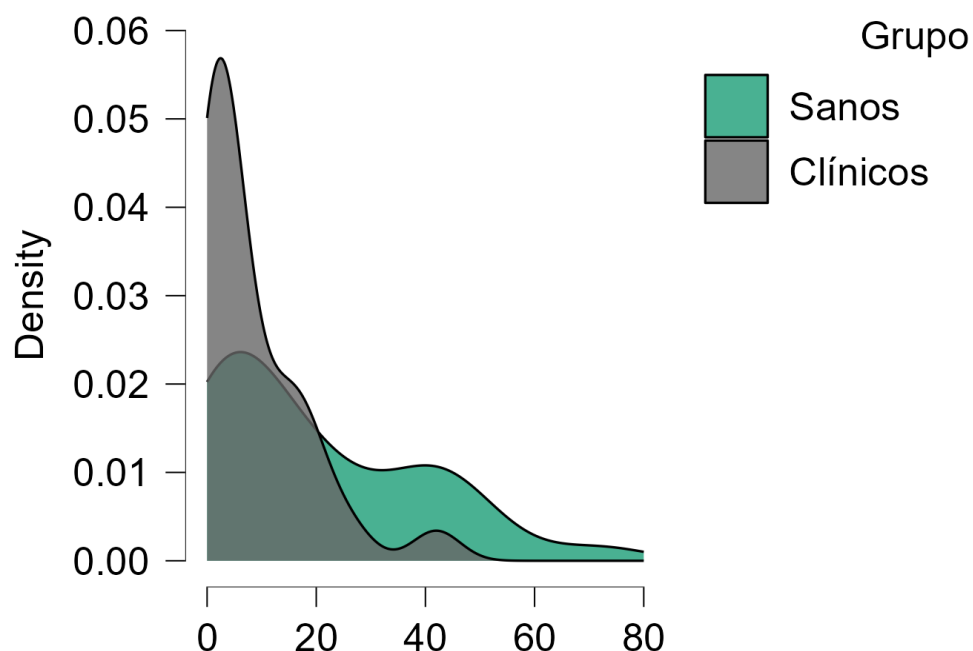
Ilustración 49. Escala de Deseabilidad social



Nota: Elaboración propia.

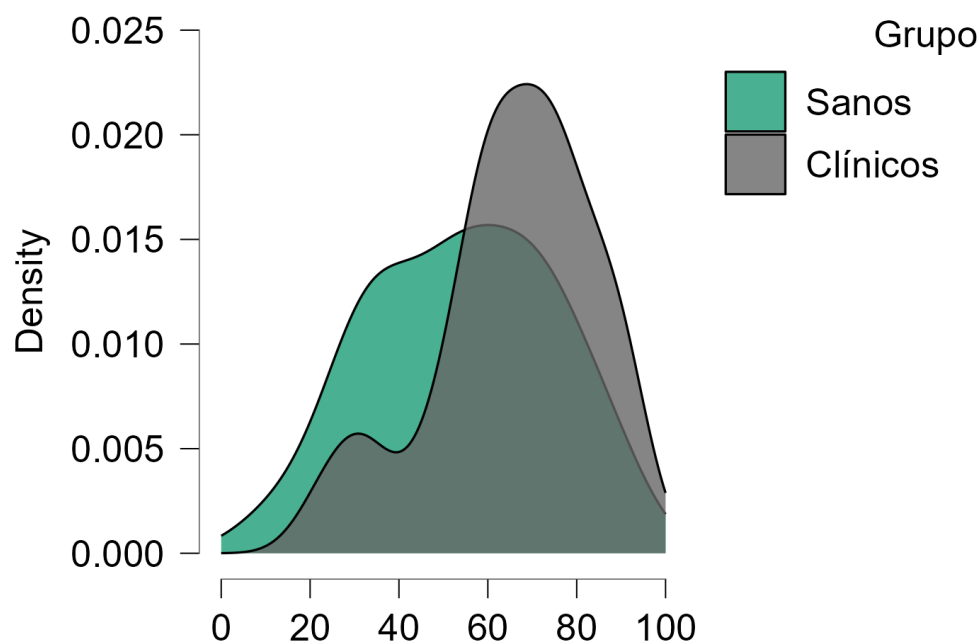
La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de discapacidad social. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 5-20 como puntaje categórico, con una media de 12 puntos, indicando un posible deseo del individuo de no presentarse de forma sobrevalorada y ser más natural y espontáneo. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 19 puntos, donde la mayoría indica esta misma veracidad y sinceridad, pero con menor densidad a la población clínica y existiendo un porcentaje considerable de casos con resultados que indican modestias sociales y sobrevaloraciones de sí mismo.

Ilustración 50. Escala de Ajuste



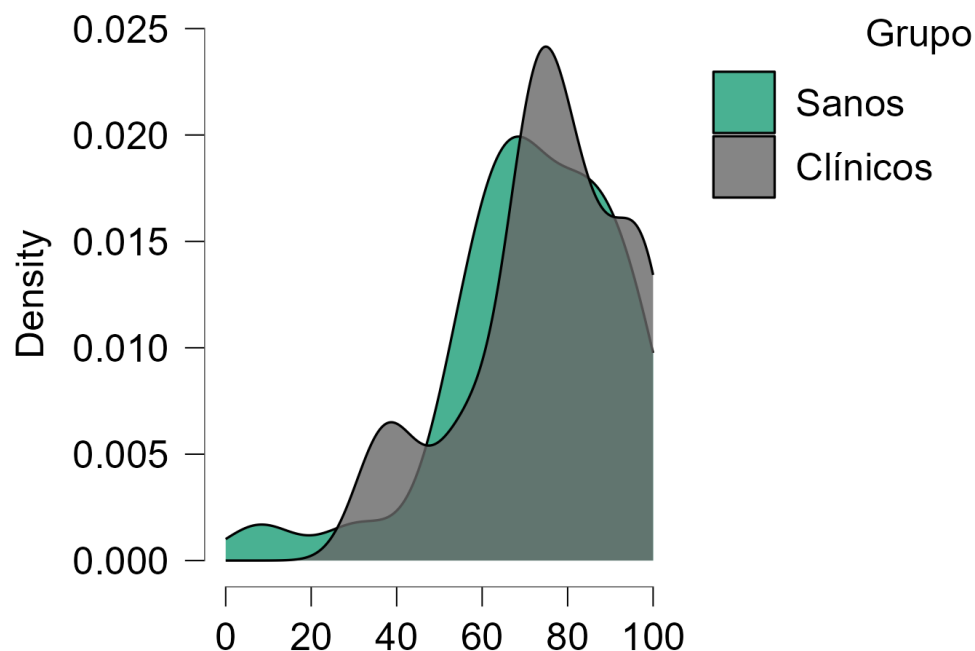
Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de ajuste. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 0-17 como puntaje categórico, con una media de 8 puntos, indicando una posible inestabilidad en su estructura de la personalidad, con inestabilidad e intranquilidad. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 19 puntos, donde la mayoría indica esta misma desconfianza en sí mismo, pero con menor densidad a la población clínica y existiendo un porcentaje menor de casos con resultados que indican un equilibrio personal y en sus capacidades.



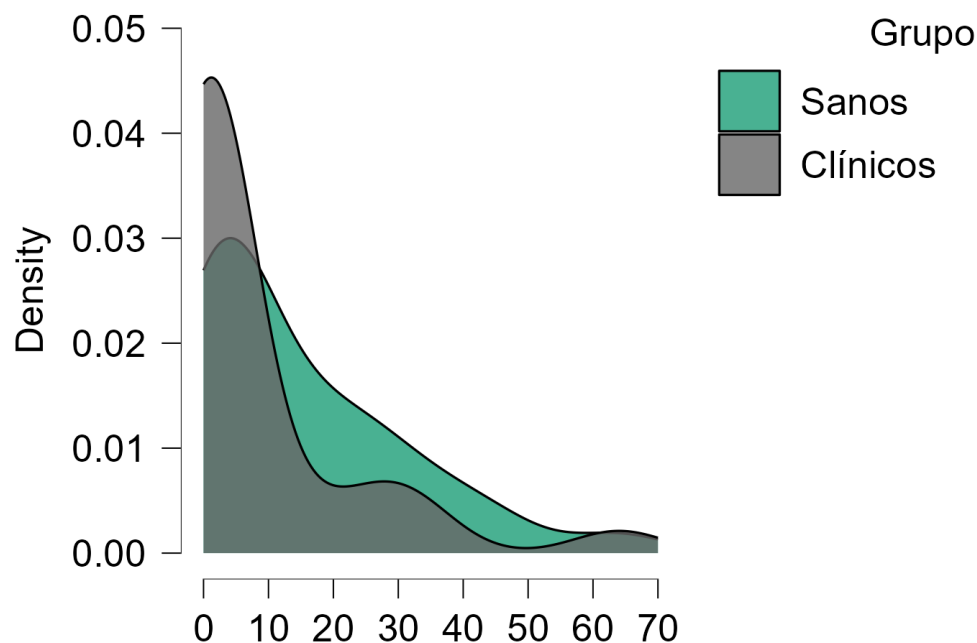
Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados clínicos, pero simétrica en los sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de liderazgo. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que la mayoría de las respuestas están distribuidas entre los 45 a 85 en puntaje categórico, con una media de 75 puntos, siendo en varios casos un puntaje superior al promedio con un grado de asertividad y actividad, mientras que el resto de los casos indican posible liderazgo con tendencia a la competitividad con el resto. Es necesario recalcar que un pequeño porcentaje de los evaluados clínicos si mantienen una dependencia sumisa hacia el resto. Los puntajes sanos se distribuyen equitativamente con una estabilidad en su liderazgo con una media de 54 puntos, con porcentajes menores distribuyéndose entre la sumisión y la competitividad.



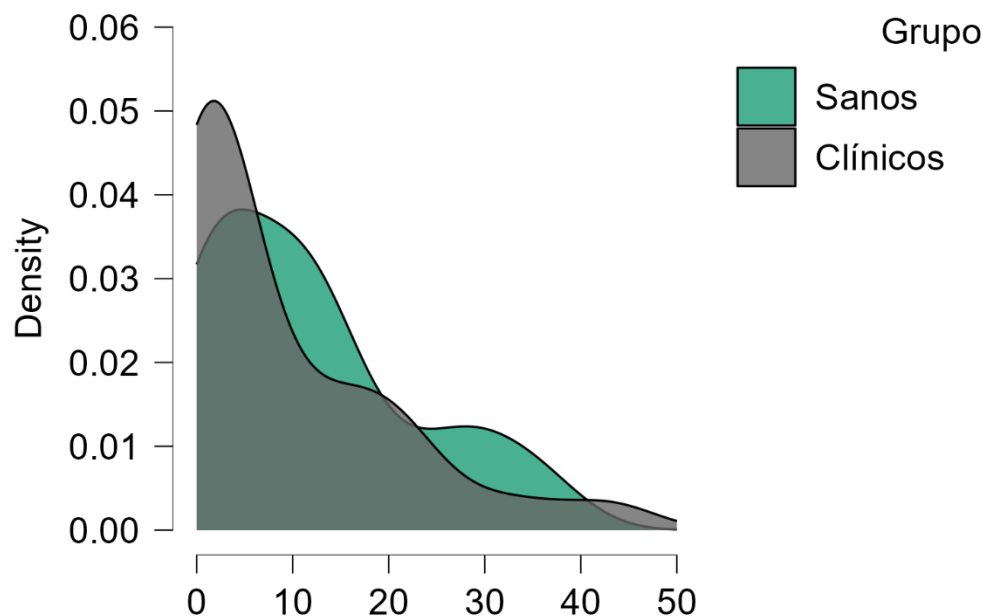
Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de independencia. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 60-95 como puntaje categórico, con una media de 75 puntos, indicando una posible independencia y autonomía con ciertas posibilidades de intolerancia hacia las opiniones del resto. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 72 puntos, donde la mayoría indica este mismo liderazgo, pero con menor densidad a la población clínica y existiendo un porcentaje menor de casos con resultados que indican una sumisión y desapego a dirigir.



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de consenso. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 0-12 como puntaje categórico, con una media de 7 puntos, indicando una posible incompatibilidad percibida del individuo con las normativas sociales a las que se encuentra actualmente. Vale la pena recalcar que un porcentaje pequeño de esta población si se adapta a estas condiciones. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 14 puntos, donde la mayoría indica esta misma inadaptabilidad a las normas sociales y su autocontrol cognitivo, pero con menor densidad a la población clínica e igualmente existiendo un porcentaje menor de casos con resultados que indican una exitosa adaptación al ambiente.



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba CPS en la variable de introversión. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 1-20 como puntaje categórico, con una media de 8 puntos, indicando una posible introversión hacia el resto en momentos de sociabilidad. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 11 puntos, donde la mayoría indica esta misma desconfianza en sí mismo, pero con menor densidad a la población clínica.

Aplicación Test Afrontamiento

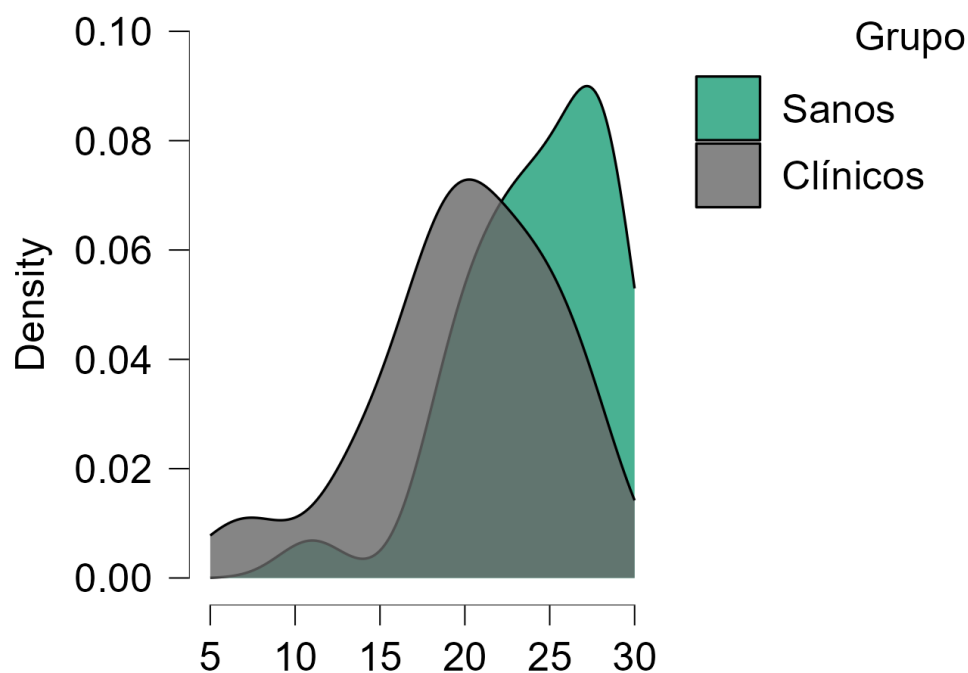
Se dan los resultados del inventario de afrontamiento COPE. Para analizar estas escalas se tomaron las puntuaciones típicas para determinar los resultados en las diversas dimensiones de acuerdo con las estadísticas de media, mediana y desviaciones estándar. Las diversas dimensiones se representan mediante curvas de densidad que contrastan los resultados de las poblaciones que alcanzan la categorización de sanos y clínicos.

Tabla 88. *Desviación estándar Afrontamiento*

		Median	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis
AFRON_1_Buscando_desviación	Sanos	25.000	24.267	4.266	-1.065	1.592
	Clínicos	20.000	20.033	5.423	-0.770	0.597
AFRON_2_Escapar	Sanos	6.000	6.533	2.417	0.906	0.031
	Clínicos	9.000	8.833	2.679	0.260	-0.037
AFRON_3_Buscar_apoyo_familiar	Sanos	17.500	17.100	5.352	0.171	-1.091
	Clínicos	16.000	16.400	4.903	0.189	-0.584
AFRON_4_Buscando_amistad	Sanos	17.500	17.900	4.278	0.034	-0.778
	Clínicos	18.000	17.433	4.561	-0.287	1.170
AFRON_5_Sentimientos_desahogo	Sanos	7.000	8.200	3.112	1.522	2.446
	Clínicos	9.000	9.067	3.473	0.765	0.542
AFRON_6_Reevaluación	Sanos	10.000	10.233	2.967	-0.116	-0.909
	Clínicos	10.000	10.100	2.869	-0.323	-0.493
AFRON_7_Buscar_apoyo_espiritual	Sanos	5.500	5.933	2.815	0.937	0.116
	Clínicos	7.000	6.833	2.151	0.543	-0.019
AFRON_8_Actividades_exigentes	Sanos	18.000	17.867	3.674	0.100	-0.828
	Clínicos	15.000	15.267	4.548	-0.381	1.229

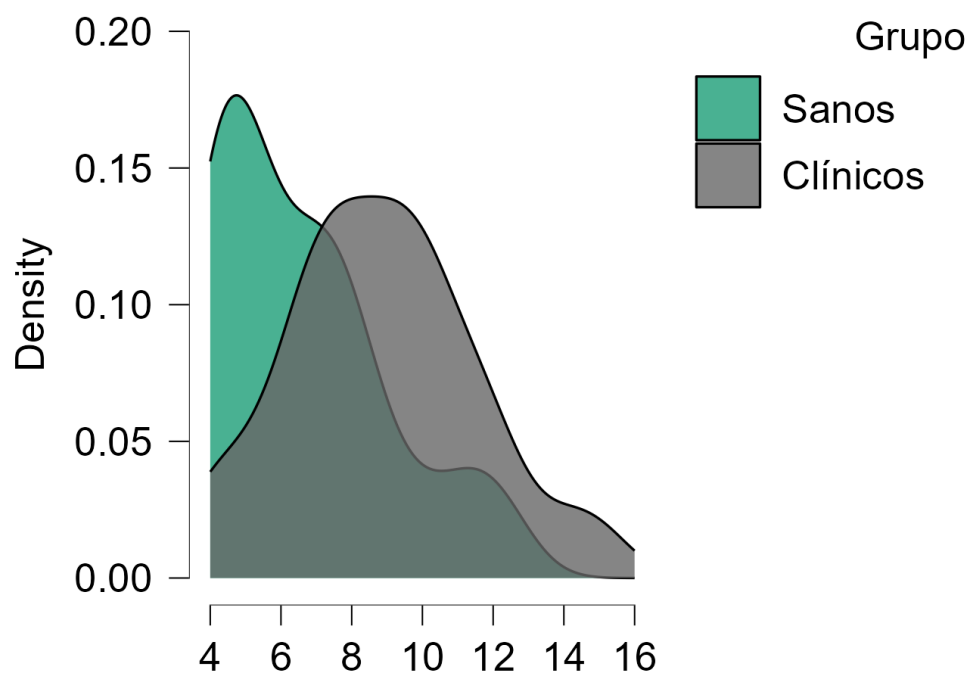
Nota: Elaboración propia.

Ilustración 55.

Escala de Buscando desviación

Nota: Elaboración propia.

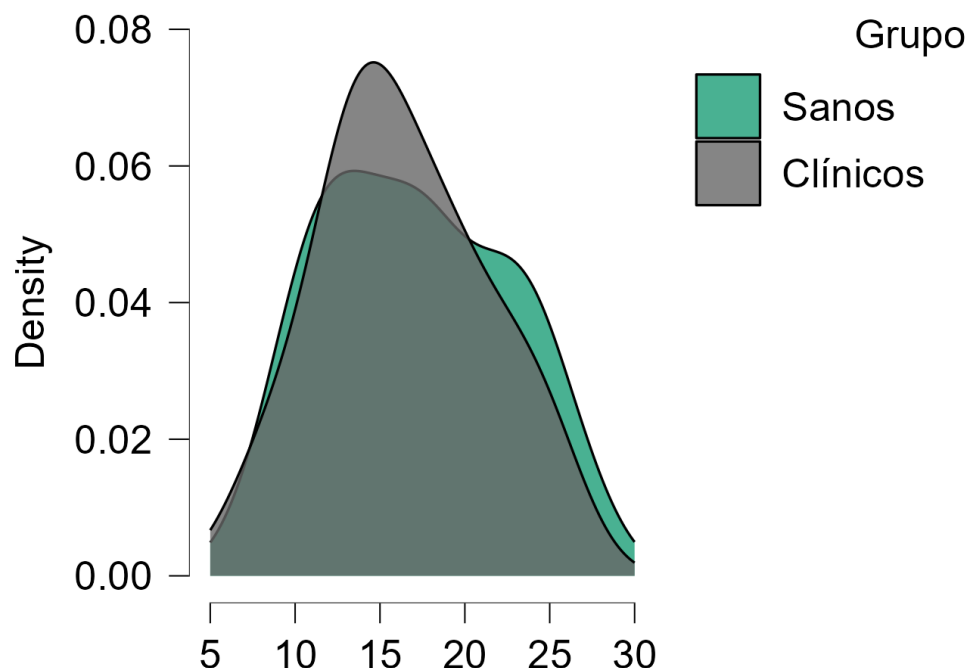
La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba AFRON en la variable de buscando desviación. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 15-27 como puntaje categórico, con una media de 20 puntos, indicando que las actividades de ocio como dormir o salir de compras se realizan de forma promedio, sin mucho exceso o deseo excesivo de realizarlas. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 24 puntos, donde la mayoría indica resultados similares, pero con mayor densidad a la población clínica en puntajes más altos, demostrando el interés en estas actividades de ocio de forma frecuente y voluntaria.



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución simétrica en los evaluados clínicos y asimétrica en los sanos en los resultados de la prueba AFRON en la variable de escapar. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que la mayoría de porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 6-13 como puntaje categórico, con una media de 8 puntos, indicando que su comportamiento de escape, como consumir o estar con parejas, se encuentra dentro de lo promedio en la mayoría de los participantes, teniendo un pequeño porcentaje que si indica que realiza esas actividades de escape de forma frecuente. Los puntajes sanos se distribuyen, con su media en 6.3 puntos, donde la mayoría indica resultados con mayor densidad a la población clínica en puntajes menores indicando que estas actividades de escape a su realidad son muy escasas.

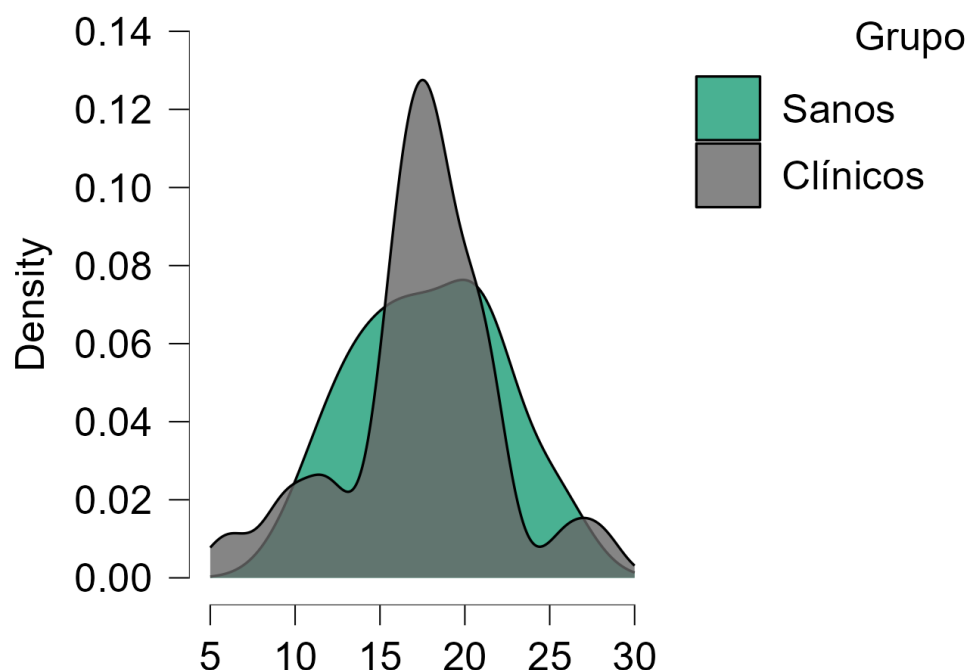
Ilustración 57. *Escala de Buscar apoyo familiar*



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución simétrica en los evaluados clínicos y asimétrica en los sanos en los resultados de la prueba AFRON en la variable de buscar apoyo familiar. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que la mayoría de porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 10-24 como puntaje categórico, con una media de 16 puntos, indicando que de forma ocasional buscan ayuda de padres o de profesores para problemáticas en las que se encuentren los adolescentes. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 17 puntos, donde la mayoría indica resultados con menor densidad a la población clínica en puntajes mayores indicando la aceptación más frecuente de la búsqueda y ayuda de personas mayores.

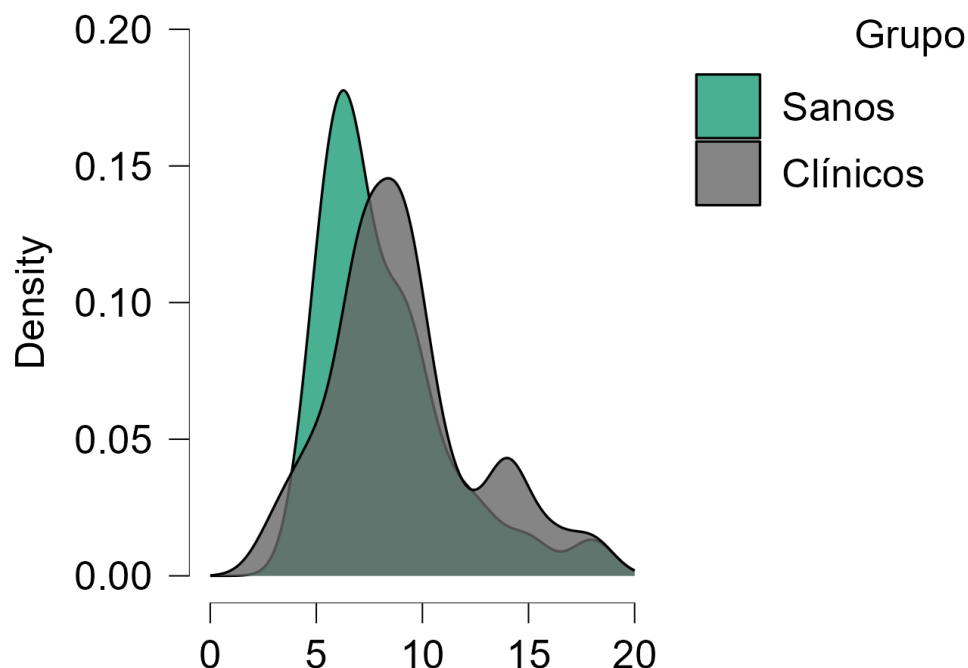
Ilustración 58. *Escala de Buscando amistad*



Nota: Elaboración propia.

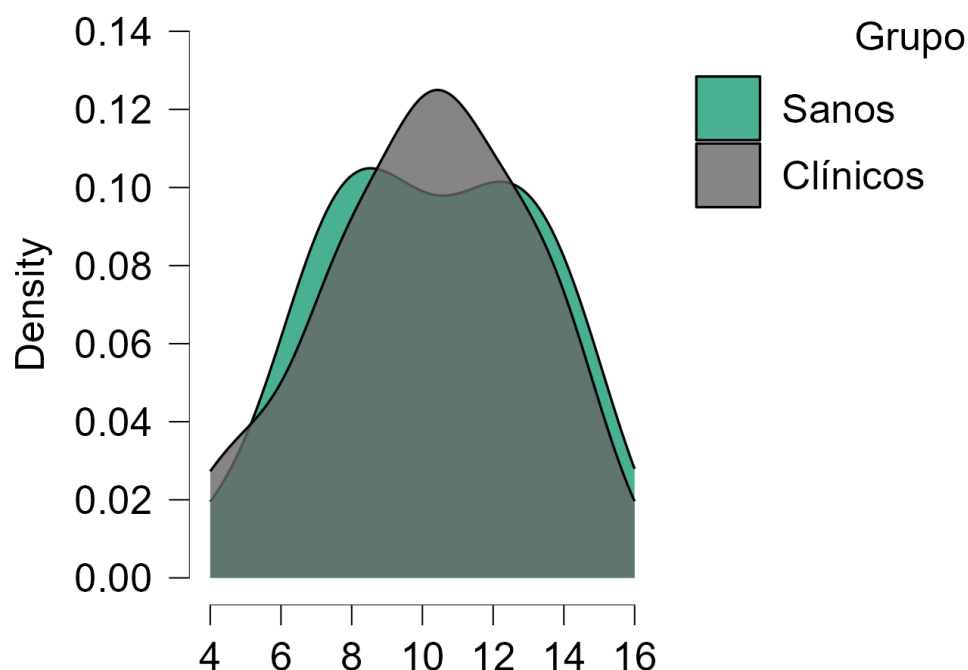
La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados clínicos y simétrica en los sanos en los resultados de la prueba AFRON en la variable de buscando amistad. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 15-23 como puntaje categórico, con una media de 17 puntos, indicando que los participantes constantemente buscan ayuda o apoyo de amigos o personas de su edad, buscando mantener así estas relaciones de amistad. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 17 puntos, donde la mayoría indica resultados similares, con porcentajes menores de las respuestas recayendo en puntuaciones ligeramente menores y mayores a la media, pero con menor densidad a la población clínica, indiciando este interés similar de crear y mantener amistades.

Ilustración 59. *Escala de Sentimientos de desahogo*



Nota: Elaboración propia.

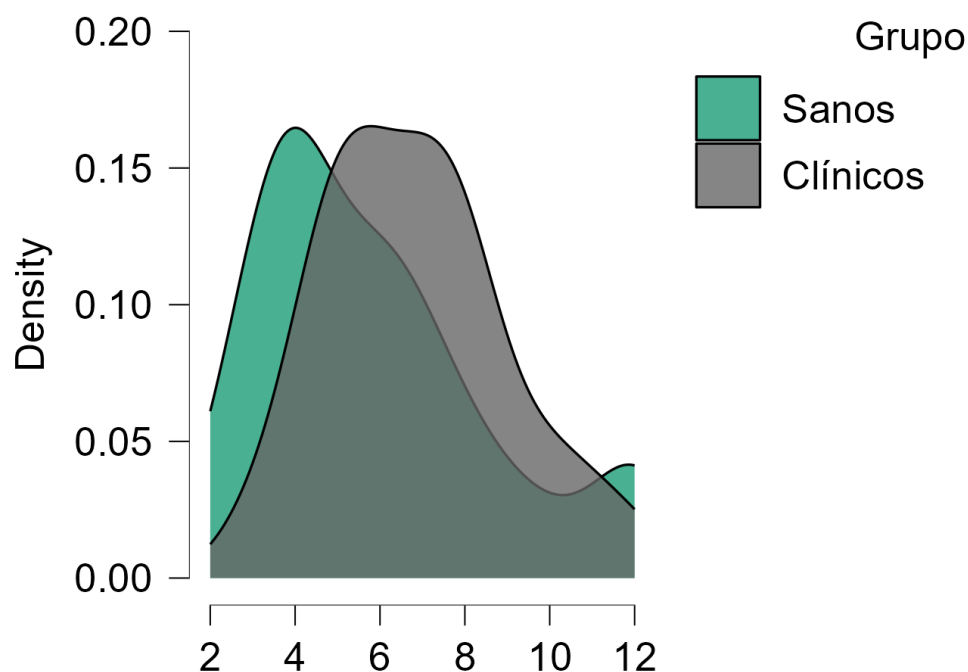
La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba AFRON en la variable de sentimientos de desahogo. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 4-11 como puntaje categorico, con una media de 9 puntos, indicando que de forma inusual buscan desahogarse con otros, prefiriendo evitar mostrar ese lado de ellos, aunque un porcentaje pequeño de ellos si logra expresar ese deseo de ventilación interna. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 8 puntos, donde la mayoría indica resultados similares, pero con mayor densidad a la población clínica en puntajes ligeramente más menores, remarcando aún más este rechazo a su propia vulnerabilidad.



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados clínicos y simétrica en los sanos en los resultados de la prueba AFRON en la variable de reevaluación. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que la mayoría de porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 7-14 como puntaje categórico, con una media de 10 puntos, indicando un optimismo ocasional, con respuestas promedios al momento de evaluar o reevaluar problemas de la vida cotidiana. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 10 puntos, donde la mayoría indica resultados con menor densidad a la población clínica, indicando posibles frustraciones hacia los problemas de forma más frecuente.

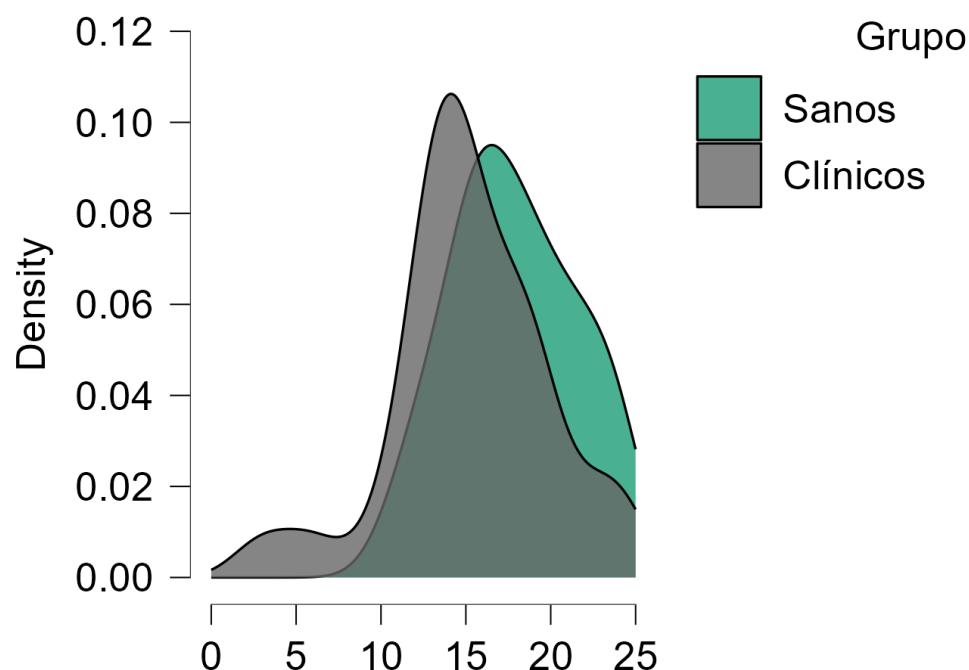
Ilustración 61. *Escala de Buscar apoyo espiritual*



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución simétrica en los evaluados clínicos y asimétrica en los sanos en los resultados de la prueba AFRON en la variable de buscar apoyo espiritual. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que la mayoría de porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 4-9 como puntaje categórico, con una media de 6.8 puntos, indicando que rara u ocasionalmente realizan actividades religiosas o se involucran socialmente con un credo o iglesia. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 6 puntos, donde la mayoría indica resultados con una densidad igual a la población clínica en puntajes menores indicando un rechazo aun mayor a este contexto social.

Ilustración 62. *Escala de Actividades exigentes*



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba AFRON en la variable de buscando desviación. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 11-18 como puntaje categórico, con una media de 15 puntos, indicando que ocasionalmente se esfuerzan en actividades demandantes, sea para una consecución de metas o la mejora de uno mismo. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en 17 puntos, donde la mayoría indica resultados similares, pero con menor densidad a la población clínica en puntajes ligeramente más altos demostrando una mayor recepción a este tipo de sacrificios.

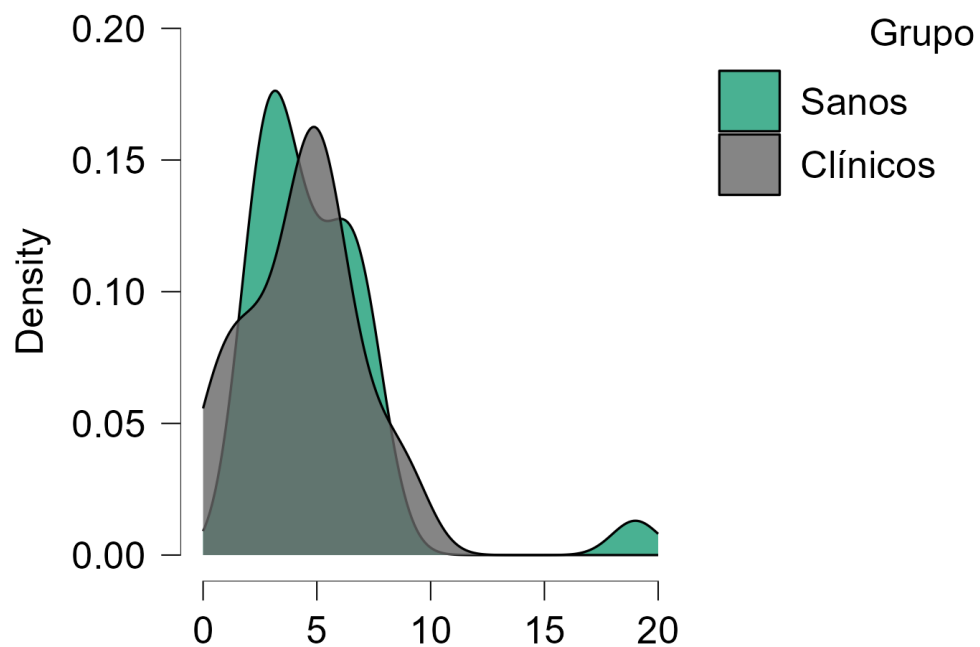
Aplicación Test Golberg de ansiedad

Se dan los resultados del test Golberg de Ansiedad/Depresión. Para analizar estas escalas se tomaron las puntuaciones típicas para determinar los resultados en las diversas dimensiones de acuerdo con las estadísticas de media, mediana y desviaciones estándar. Las diversas dimensiones se representan mediante curvas de densidad que contrastan los resultados de las poblaciones que alcanzan la categorización de sanos y clínicos.

Tabla 89.*Estadísticas descriptivas*

	GOLBERG_ANSIEDAD	GOLBERG_DEPRESI.N
Median	4.500	3.000
Mean	4.633	3.617
Std. Deviation	2.858	2.498
Skewness	2.105	0.319
Std. Error of Skewness	0.309	0.309
Kurtosis	9.689	-0.739
Std. Error of Kurtosis	0.608	0.608

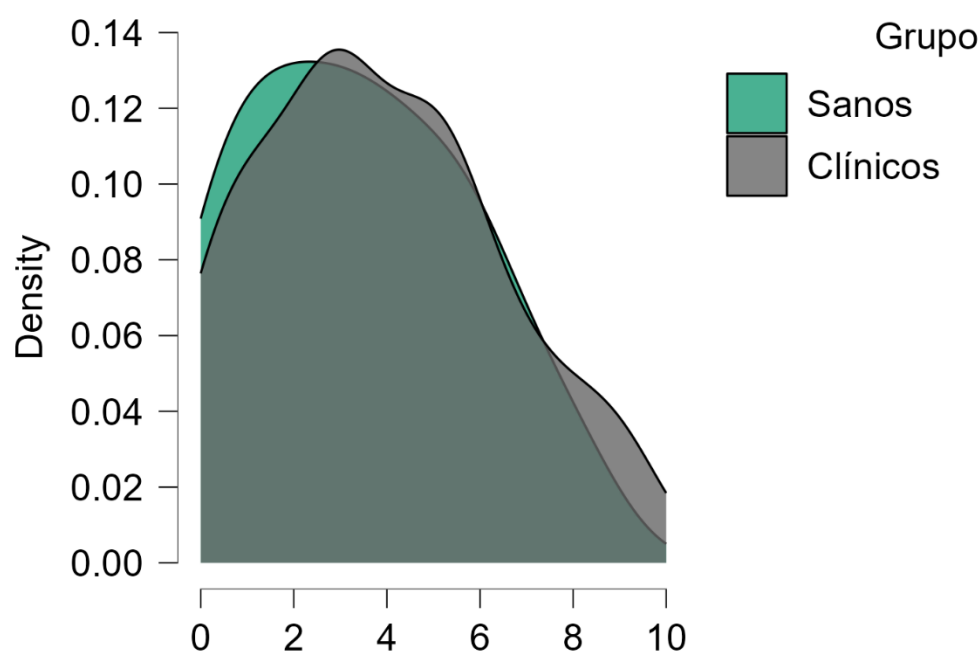
Nota: Elaboración propia.

Ilustración 63. *Escala de GOLBERG ANSIEDAD*

Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba de Goldberg en la variable de ansiedad. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 0.5-7 como puntaje categórico, con una media de 4.6 puntos, indicando una posible ansiedad con síntomas manifestados o detectados por el individuo. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 4 puntos, donde la mayoría indica esta misma ansiedad detectada, pero con puntajes relativamente menores a la población clínica.

Ilustración 64. *Escala de GOLBERG DEPRESIÓN*



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica tanto en los evaluados clínicos y sanos en los resultados de la prueba de Goldberg en la variable de depresión. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un alto porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 1-8 como puntaje categórico, con una media de 3.6 puntos, indicando una marcada depresión con síntomas manifestados o detectados por el individuo. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 3 puntos, donde la mayoría indica esta misma ansiedad detectada, pero con puntajes relativamente menores a la población clínica.

Objetivo 5. Analizar los factores familiares, funcionalidad, características de riesgo en los adolescentes provenientes de sectores de alto riesgo de consumo.

Se dan los resultados del Test McMaster Family Assessment Device. Para analizar estas escalas se tomaron las puntuaciones típicas para determinar los resultados en las diversas dimensiones de acuerdo con las estadísticas de media, mediana y desviaciones estándar. Las diversas dimensiones se representan mediante curvas de densidad que contrastan los resultados de las poblaciones que alcanzan la categorización de sanos y clínicos.

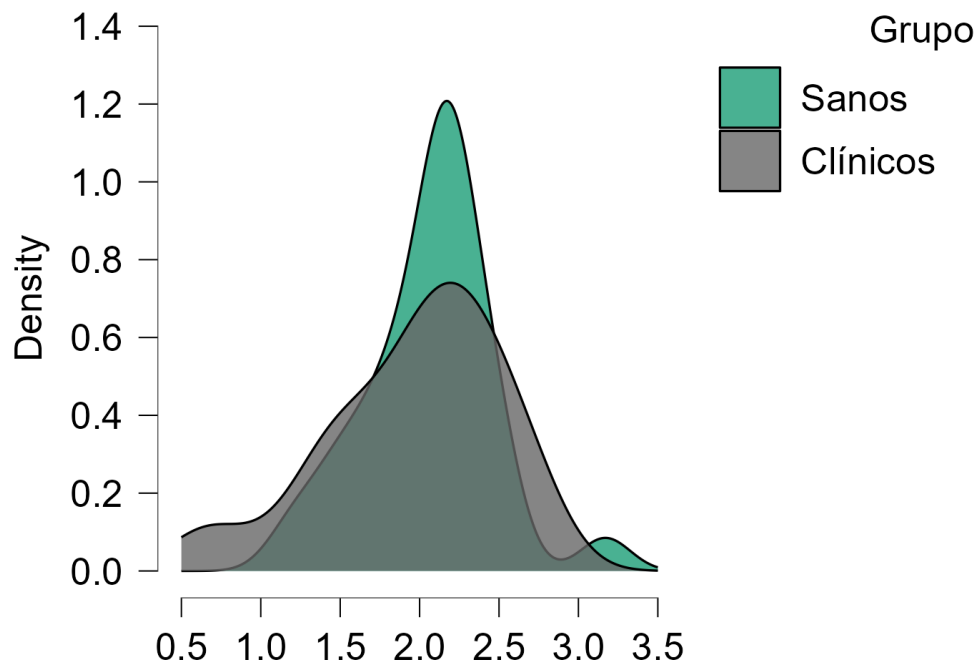
Aplicación Test McMaster Family Assessment Device

Tabla 90. *Desviación estándar FAMC*

		Median	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis
FAMC_1_SOLUCION_PROBLEMAS	Sanos	2.170	2.062	0.400	0.052	1.322
	Clínicos	2.000	1.961	0.544	-0.819	0.300
FAMC_2_COMUNICACION	Sanos	2.385	2.322	0.419	0.414	-0.358
	Clínicos	2.330	2.278	0.493	-0.325	1.354
FAMC_3_ROLES	Sanos	2.550	2.440	0.331	-1.568	2.919
	Clínicos	2.550	2.446	0.408	-1.546	4.424
FAMC_4_RESPUESTA_AFECTIVA	Sanos	2.750	2.884	0.562	0.220	-0.793
	Clínicos	3.000	2.960	0.672	-0.467	0.146
FAMC_5_COMPROMISO_AFECTIVO	Sanos	2.070	2.285	0.635	0.314	-0.706
	Clínicos	2.430	2.381	0.524	-0.342	-0.130
FAMC_6_CONTROL_CONDUCTUAL	Sanos	2.440	2.436	0.399	-0.270	-0.079
	Clínicos	2.385	2.381	0.535	-0.906	1.600
FAMC_7_FUNCIONAMIENTO_GENERAL	Sanos	2.450	2.464	0.509	0.180	0.286
	Clínicos	2.450	2.442	0.417	-0.746	1.017

Nota: Elaboración propia.

Ilustración 65. *Escala de SOLUCION DE PROBLEMAS*

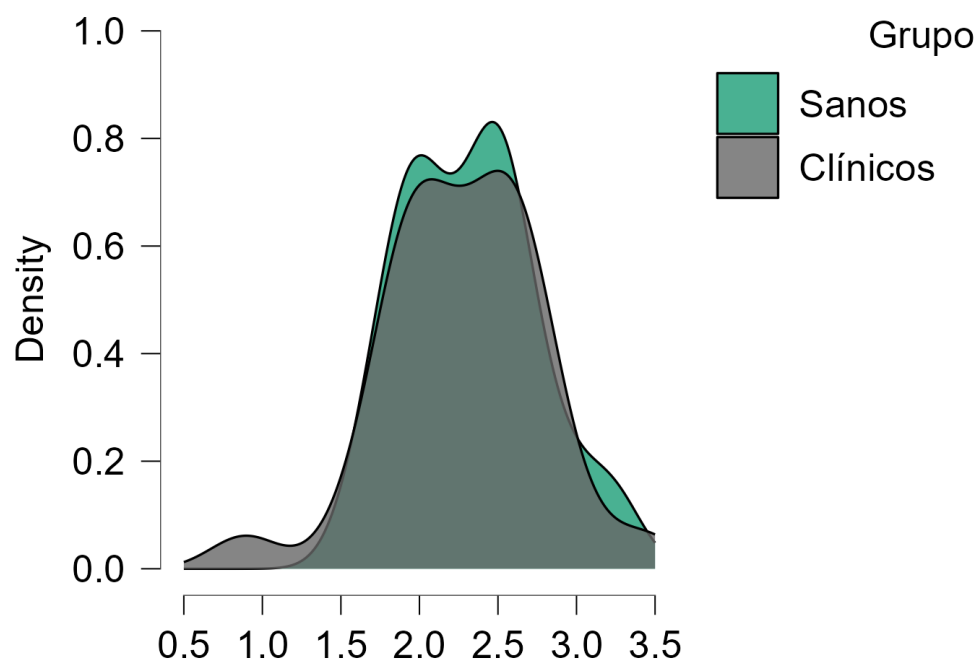


Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y simétrica en los evaluados clínicos en los resultados de la prueba de McMaster en la variable de solución de problemas. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 1.5-2.7 como puntaje categórico, con una media de 2 puntos, indicando que el ambiente familiar maneja solución de problemas de una forma medianamente funcional, aunque un porcentaje significativo si considera la dinámica de resolución de problemas como funcional. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 1.9 puntos, donde la mayoría indica una posible mediana funcionalidad familiar detectada, pero con una densidad mucho más alta a la población clínica.

Ilustración 66.

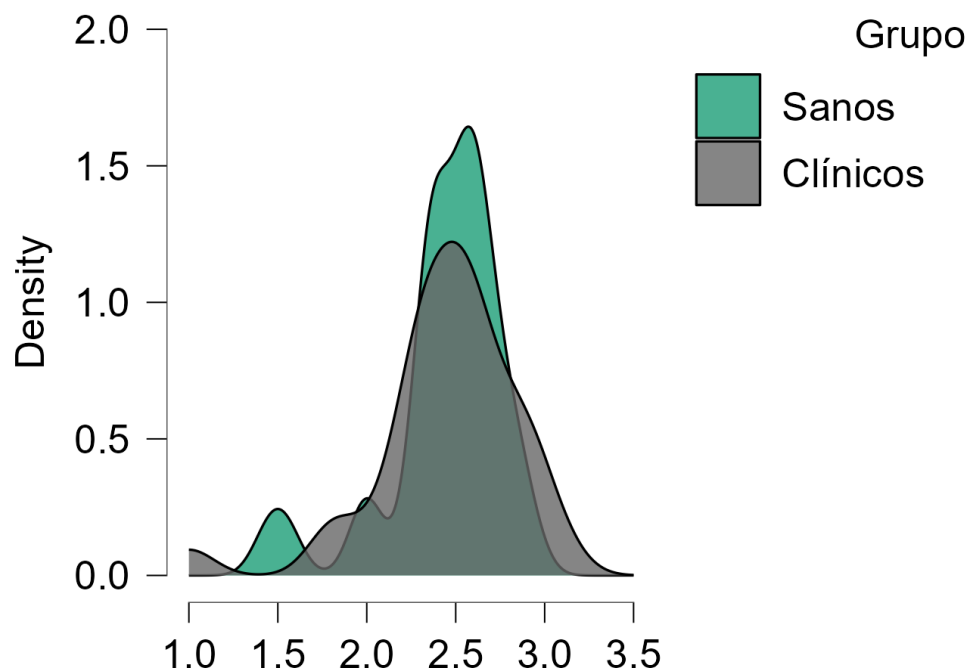
Esca la de COMUNICACIÓN



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución simétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba de McMaster en la variable de comunicación. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 1.7-3 como puntaje categórico, con una media de 2.2 puntos, indicando que el ambiente familiar maneja la comunicación de forma afectiva e instrumental de forma medianamente funcional, aunque un porcentaje significativo si considera la dinámica de resolución de problemas como medianamente disfuncional. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 2.3 puntos, donde la mayoría indica una posible mediana comunicación familiar detectada, pero con una densidad un poco más alta a la población clínica.

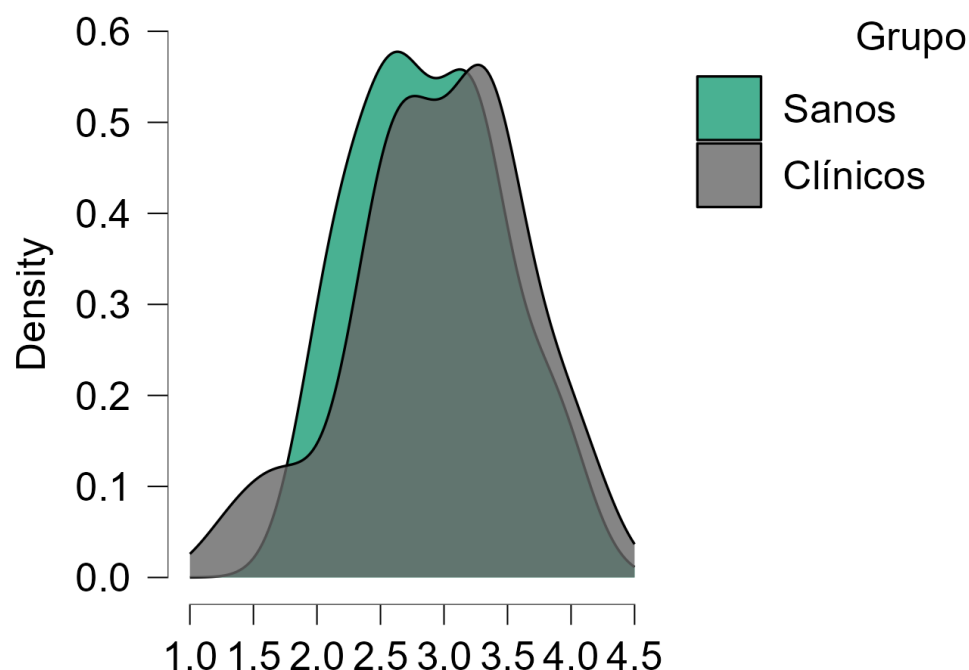
Ilustración 67. *Esca la de ROLES*



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba de McMaster en la variable de los roles familiares. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 2-3 como puntaje categórico, con una media de 2.4 puntos, indicando que los roles familiares manejan roles establecidos aparentemente establecidos de forma medianamente funcional, aunque un porcentaje significativo si considera la dinámica de establecimiento de roles como medianamente disfuncional. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 2.4 puntos, donde la mayoría indica un posible conflicto en una dinámica de roles disfuncional mediano detectada, pero con una densidad más alta a la población clínica.

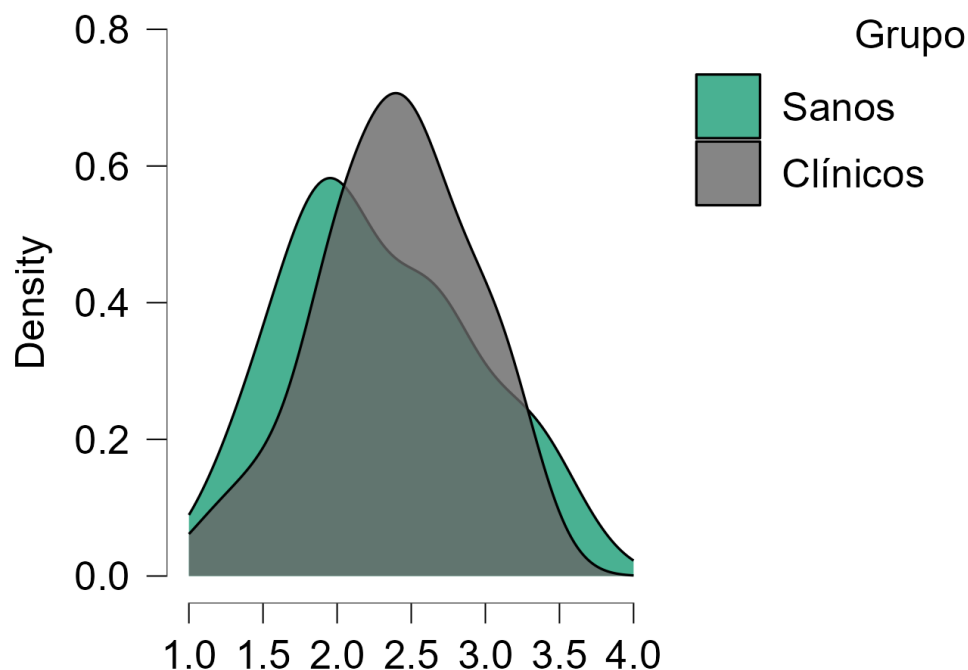
Ilustración 68. *Escala de RESPUESTA AFECTIVA*



Nota: Elaboración propia.

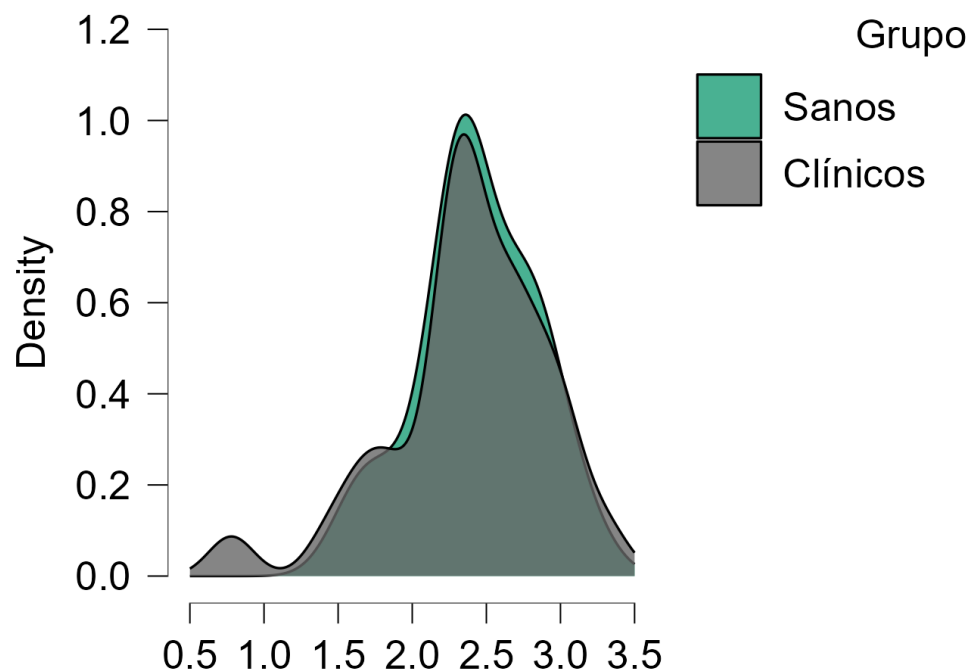
La curva de densidad indica una distribución simétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba de McMaster en la variable de la respuesta afectiva. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 2-4 como puntaje categórico, con una media de 2.9 puntos, indicando que las respuestas afectivas familiares en su mayoría se encuentran dentro de la disfuncionalidad o mediana disfuncionalidad familiar, indicando la incapacidad de poder responder emociones de bienestar o emergencia. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 2.8 puntos, donde la mayoría indica una similar disfuncionalidad mediana, pero con más puntajes que la población clínica.

Ilustración 69. *Escala de COMPROMISO AFECTIVO*



Nota: Elaboración propia.

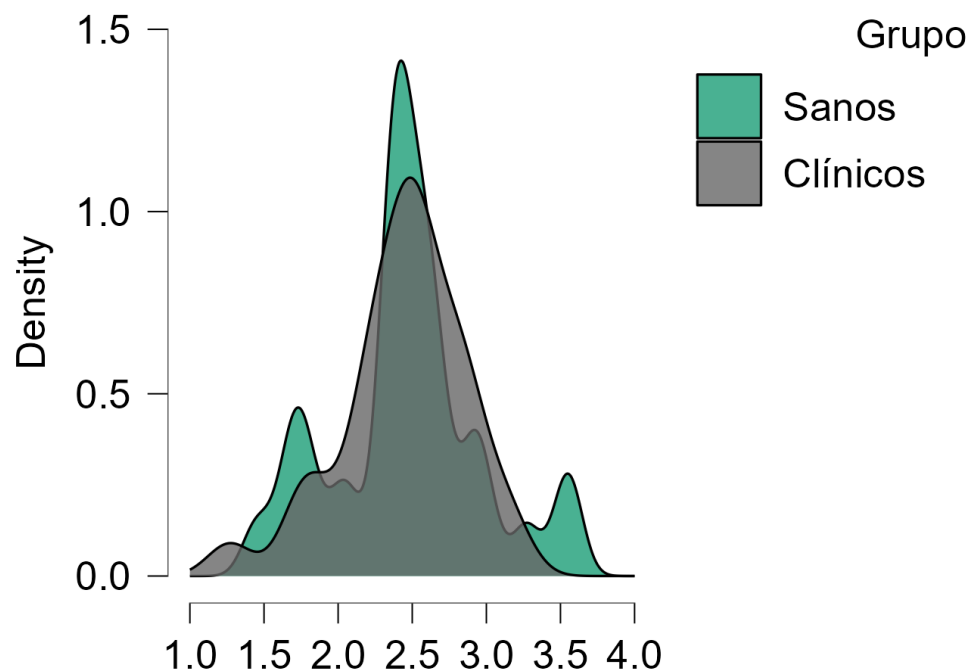
La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y simétrica en los clínicos en los resultados de la prueba de McMaster en la variable de compromiso afectiva. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 1.7-3.1 como puntaje categórico, con una media de 2.3 puntos, indicando que las respuestas afectivas en los compromisos en su mayoría se encuentran dentro de la mediana funcionalidad y disfuncionalidad familiar, indicando la dificultad de establecer compromisos o intereses hacia el bienestar conjunto de la familia. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 2.2 puntos, donde la mayoría indica una funcionalidad mediana, pero con más puntajes que la población clínica.



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba de McMaster en la variable de control conductual. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 1.9-3 como puntaje categórico, con una media de 2.3 puntos, indicando que los controles conductuales en su mayoría se encuentran dentro de la mediana funcionalidad y disfuncionalidad familiar, indicando la dificultad de establecer las pautas de comportamiento dentro de los núcleos familiares y espacios sociales. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 2.4 puntos, donde la mayoría indica una funcionalidad mediana, pero con ligeramente una densidad mayor que la población clínica.

Ilustración 71. *Escala de FUNCIONAMIENTO GENERAL*



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba de McMaster en la variable de control conductual. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 2-3 como puntaje categórico, con una media de 2.4 puntos, indicando que en su mayoría, las familias de los evaluados clínicos se mantienen distribuidos entre la ligera funcionalidad y disfuncionalidad familiar general, en donde las problemáticas de la familia pueden provocar conflictos entre sus miembros, por la comunicación afectiva y el control conductual. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 2.4 puntos, donde la mayoría indica una funcionalidad mediana, pero con una densidad mucho mayor que la población clínica. Vale la pena recalcar que pequeños porcentajes de esta población si alcanza una funcionalidad familiar adecuada o disfuncionalidad severa detectada.

Aplicación Test Familia

Se dan los resultados del test Familia. Para analizar estas escalas se tomaron las puntuaciones típicas para determinar los resultados en las diversas dimensiones de acuerdo con las estadísticas de media, mediana y desviaciones estándar. Las diversas dimensiones se representan mediante

curvas de densidad que contrastan los resultados de las poblaciones que alcanzan la categorización de sanos y clínicos.

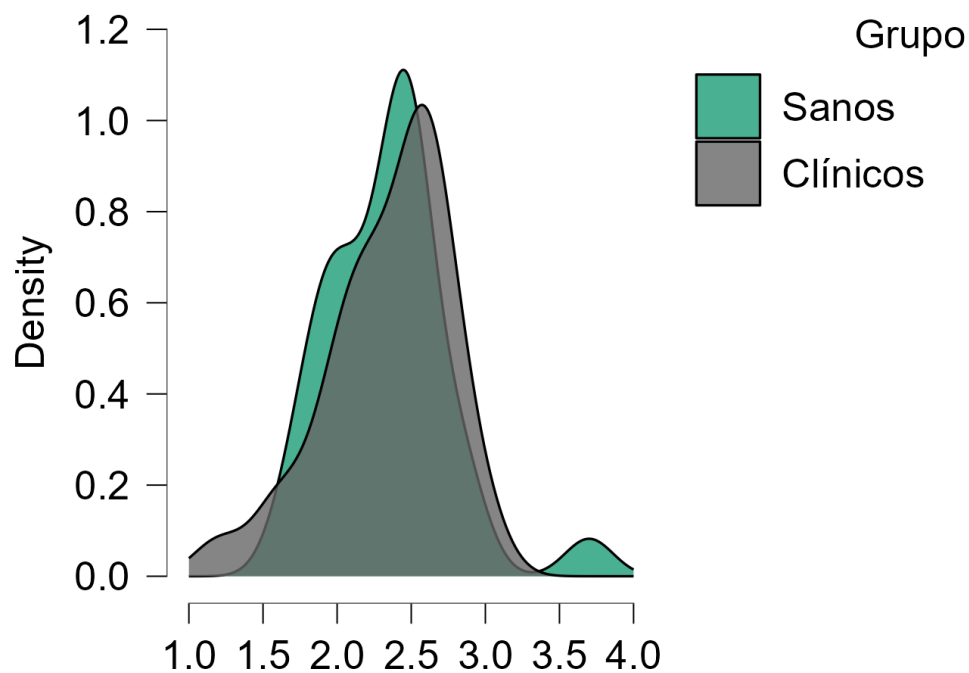
Tabla 91.

Desviación estándar Familia

FAMILIA	GRUPOS	Median	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis
FAMC_1a_RESPURESTA	Sanos	2.400	2.343	0.410	1.030	2.844
AFFECTIVA	Clínicos	2.500	2.340	0.415	-0.885	0.684
FAMC_2a_RESOLICION	Sanos	2.110	2.244	0.616	0.160	-0.478
PROBLEMAS	Clínicos	2.000	1.993	0.563	-1.228	1.604
FAMC_3a_OMPROMISO	Sanos	2.540	2.522	0.367	0.036	-0.402
ACTIVO	Clínicos	2.790	2.644	0.493	-2.439	8.104

Nota: Elaboración propia.

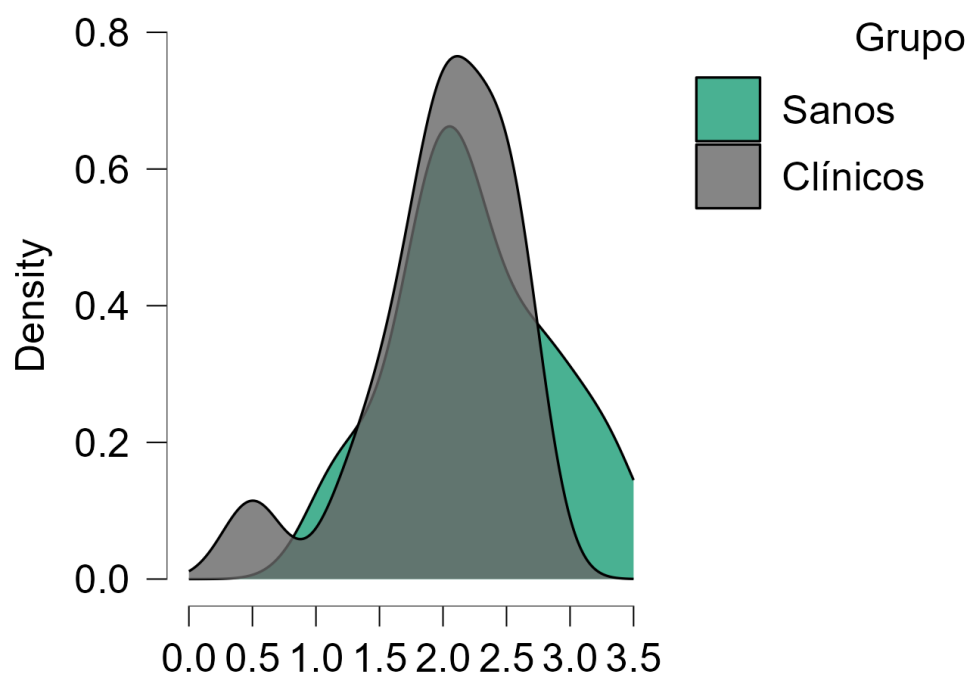
Ilustración 72. *Escala de RESPUESTA AFECTIVA*



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución simétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba de McMaster 1ª en la variable de la respuesta afectiva. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 1.7-3 como puntaje categórico, con una media de 2.3 puntos, indicando que las respuestas afectivas familiares en su mayoría se encuentran dentro de la disfuncionalidad o mediana disfuncionalidad familiar, indicando la incapacidad de poder responder emociones de bienestar o emergencia. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 2.3 puntos, donde la mayoría indica una funcionalidad mediana, pero con más densidad que la población clínica.

Ilustración 73. *Escala de RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS*

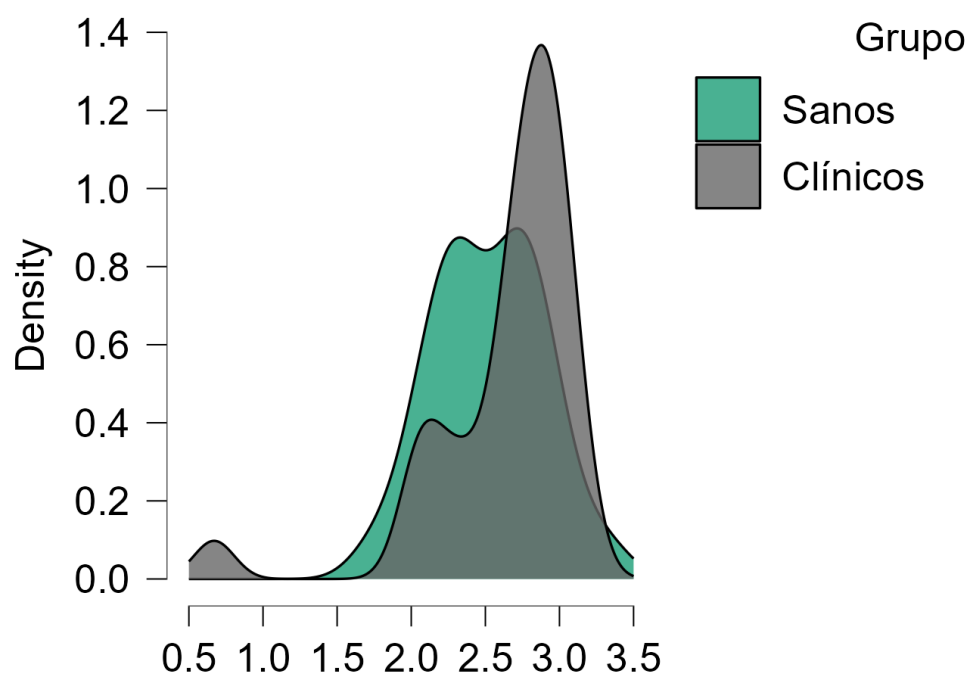


Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba de McMaster 2a en la variable de solución de problemas. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 1.4-2.9 como puntaje categórico, con una media de 2.2 puntos, indicando que el ambiente familiar maneja solución de problemas de una forma medianamente funcional, aunque un porcentaje significativo si considera la dinámica de resolución de problemas

como funcional. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 1.9 puntos, donde la mayoría indica una posible mediana funcionalidad familiar detectada, pero con una densidad menor a la población clínica y un porcentaje que indica una disfuncionalidad familiar en esta categoría.

Ilustración 74. *Escala de COMPROMISO ACTIVO*



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba de McMaster 3ª en la variable de compromiso afectiva. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 2.4-3.1 como puntaje categórico, con una media de 2.6 puntos, indicando que las respuestas afectivas en los compromisos en su mayoría se encuentran dentro de la mediana disfuncionalidad, indicando la dificultad de establecer compromisos de forma directa hacia sus roles establecidos u otras metas que involucren a miembros de su familia. Los puntajes sanos se distribuyen similarmente, con su media en el aproximado de 2.5 puntos, donde la mayoría indica una funcionalidad mediana, pero con menor densidad que la población clínica y un porcentaje pequeño que si indica una mediana disfuncionalidad familiar en esta categoría.

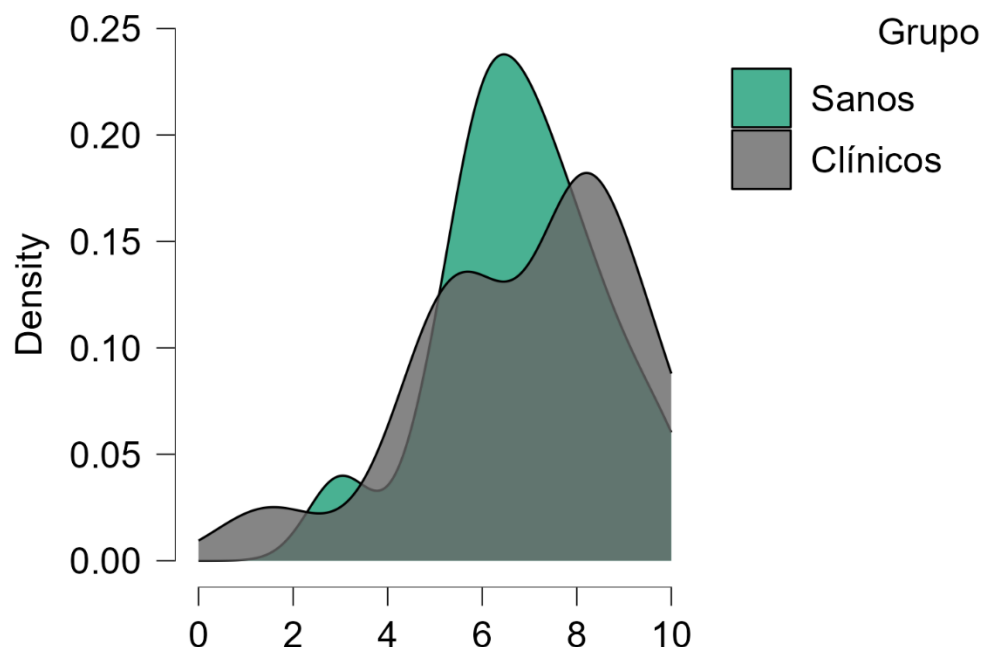
Aplicación Test Familiar FFSIL

Se dan los resultados del Test Familiar FF-SIL. Para analizar estas escalas se tomaron las puntuaciones típicas para determinar los resultados en las diversas dimensiones de acuerdo con las estadísticas de media, mediana y desviaciones estándar. Las diversas dimensiones se representan mediante curvas de densidad que contrastan los resultados de las poblaciones que alcanzan la categorización de sanos y clínicos.

Tabla 92. DESVIACION ESTANDAR FFSIL

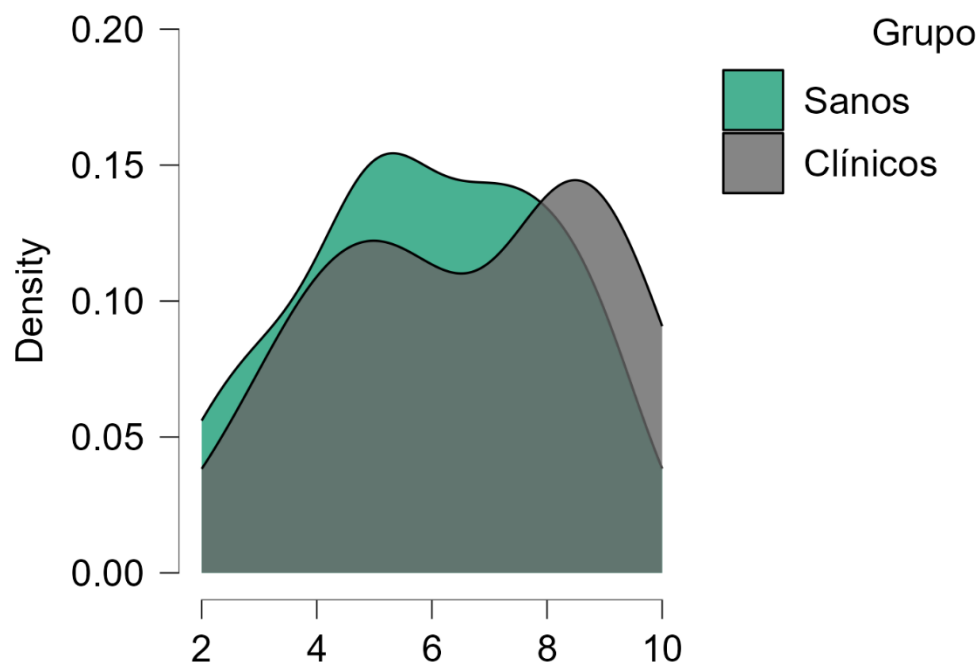
		Median	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis
FFSIL_1_COHESION	Sanos	7.000	6.833	1.724	-0.244	0.248
	Clínicos	8.000	6.900	2.249	-0.802	0.468
FFSIL_2_ARMONIA	Sanos	6.000	5.900	2.123	-0.184	-0.915
	Clínicos	6.500	6.600	2.358	-0.210	-1.164
FFSIL_3_COMUNICACION	Sanos	6.500	6.467	1.961	-0.300	0.008
	Clínicos	7.000	6.567	2.112	-0.347	-0.082
FFSIL_4_PERMEABILIDAD	Sanos	6.000	5.633	1.712	0.353	0.429
	Clínicos	6.000	5.500	2.271	0.104	-0.469
FFSIL_5_AFECTIVIDAD	Sanos	7.000	6.500	2.146	-0.213	-0.541
	Clínicos	7.000	6.733	2.504	-0.296	-0.753
FFSIL_6_ROLES	Sanos	7.000	6.900	1.668	-0.308	-0.376
	Clínicos	6.500	6.567	1.960	-0.519	0.526
FFSIL_7_ADAPTABILIDAD	Sanos	6.000	6.067	1.363	-0.303	0.623
	Clínicos	6.000	6.000	1.722	-1.172	0.956

Nota: Elaboración propia.

Ilustración 75. *Escala de COHESION*

Nota: Elaboración propia.

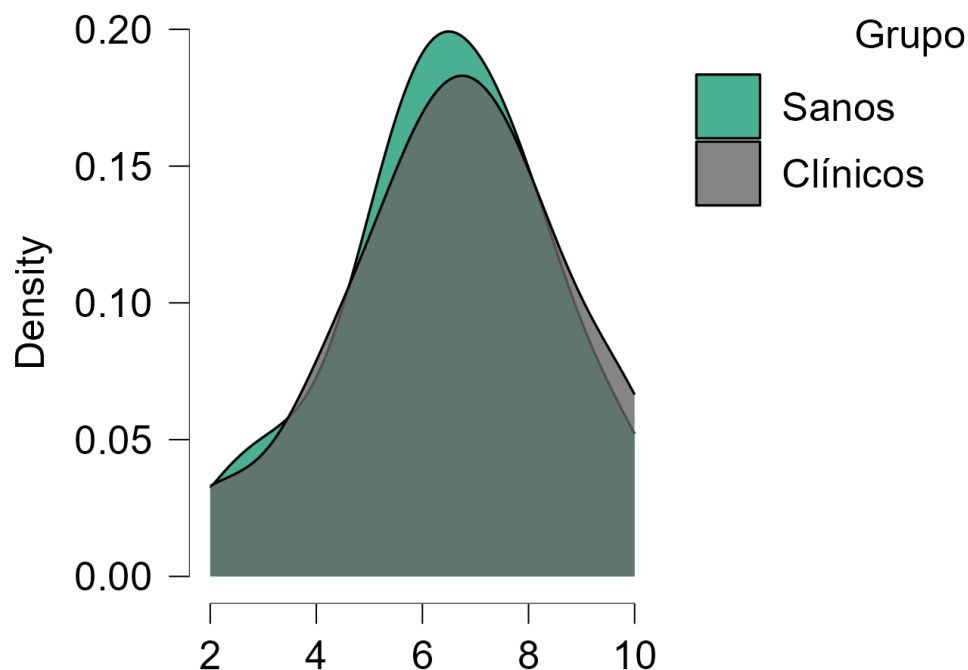
La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba FF-SIL en la variable de cohesión. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 4-9 como puntaje categórico, con una media de 7 puntos, indicando que la unión familiar se mantiene de forma frecuente al momento de confrontar diversas situaciones o problemáticas, con un porcentaje menor indicando una situación similar pero menos frecuente. Los puntajes sanos se distribuyen con su media en el aproximado de 6.8 puntos, donde la mayoría indica una funcionalidad de cohesión moderadamente funcional, pero con mayor densidad que la población clínica y un porcentaje pequeño que si indica una mediana disfuncionalidad familiar en esta categoría.

Ilustración 76. *Escala de ARMONÍA*

Nota: Elaboración propia.

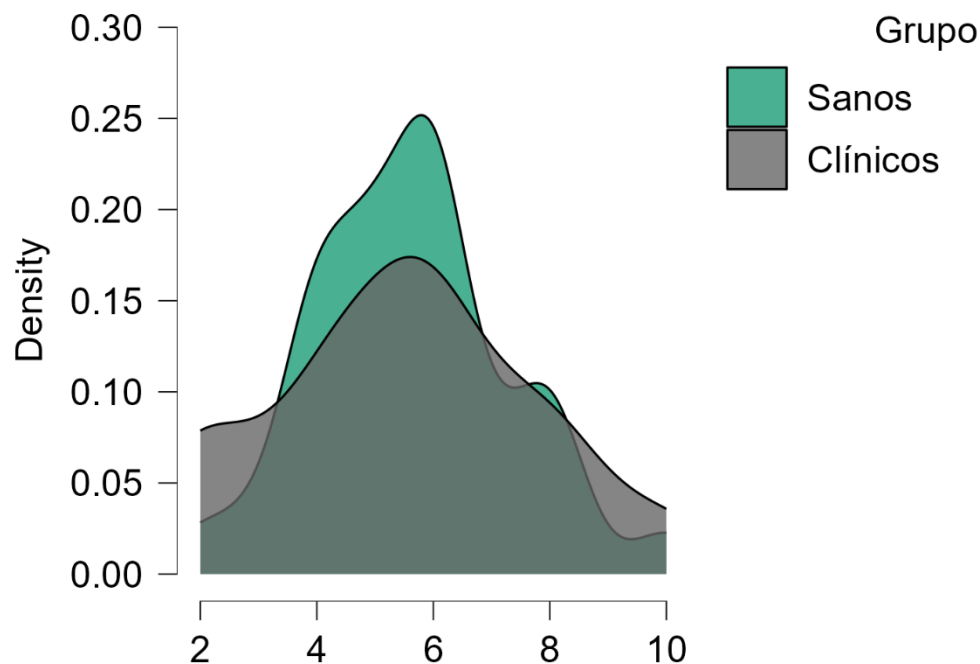
La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba FF-SIL en la variable de armonía. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 4-9 como puntaje categórico, con una media de 6.6 puntos, indicando que la armonía familiar se mantiene de forma frecuente mediante la correspondencia de los intereses familiares y las necesidades individuales. Es necesario recalcar que un porcentaje ligeramente menor a la mayoría expresa que su familia tiene una disfuncionalidad en esta categoría. Los puntajes sanos se distribuyen con su media en el aproximado de 6 puntos, donde la mayoría indica una disfuncionalidad de armonía, pero con mayor densidad que la población clínica y un porcentaje pequeño que si indica una funcionalidad familiar en esta categoría.

Ilustración 77. *Escala de COMUNICACIÓN*



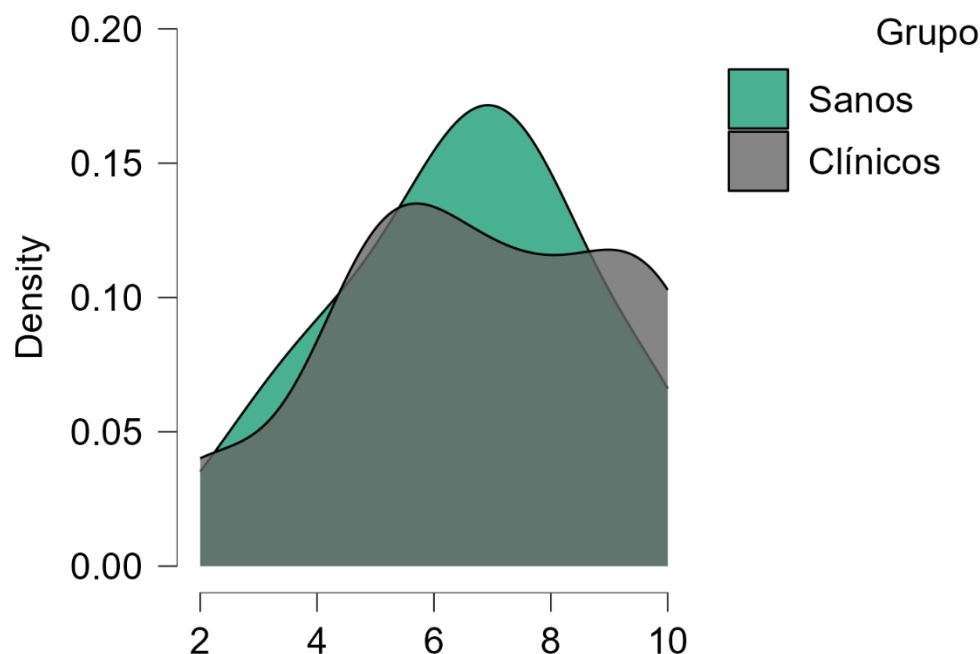
Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución simétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba FF-SIL en la variable de comunicación. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 4-9 como puntaje categórico, con una media de 6.5 puntos, indicando que la comunicación familiar se expresa mediante los miembros de la familia de forma directa y clara de forma frecuente, indicando una funcionalidad. Un porcentaje menor indica que si presentan Es necesario recalcar que un porcentaje ligeramente menor a la mayoría expresa que su familia tiene una disfuncionalidad en esta categoría. Los puntajes sanos se distribuyen con su media en el aproximado de 6.4 puntos, donde la mayoría indican resultados similares a la población clínica, pero con densidades mayores.

Ilustración 78. *Escala de PERMEABILIDAD*

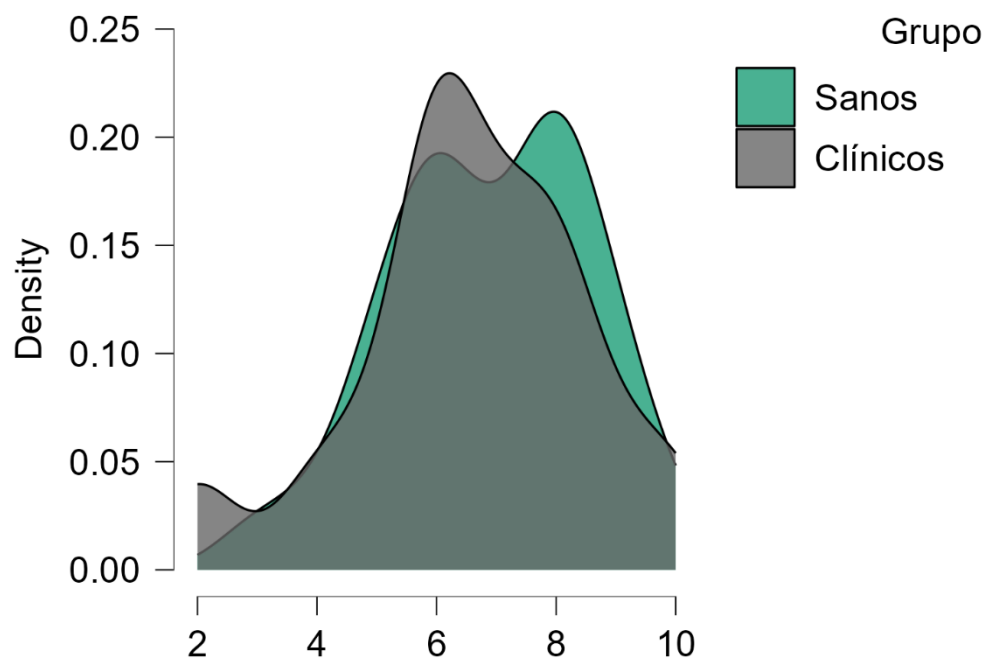
Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y simétrica en los clínicos en los resultados de la prueba FF-SIL en la variable de permeabilidad. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 3-8 como puntaje categorico, con una media de 5.5 puntos, indicando que la armonía familiar se mantiene una aparente disfuncionalidad al momento de tomar experiencias ajenas y aprender de las mismas, con porcentajes menores decantándose por un agravamiento del problema o una mejora a la funcionalidad de aprendizaje. Los puntajes sanos se distribuyen con su media en el aproximado de 5.6 puntos, donde la mayoría indica una disfuncionalidad similar en este aprendizaje, pero con mayor densidad que la población clínica.

Ilustración 79. *Escala de AFECTIVIDAD*

Nota: Elaboración propia.

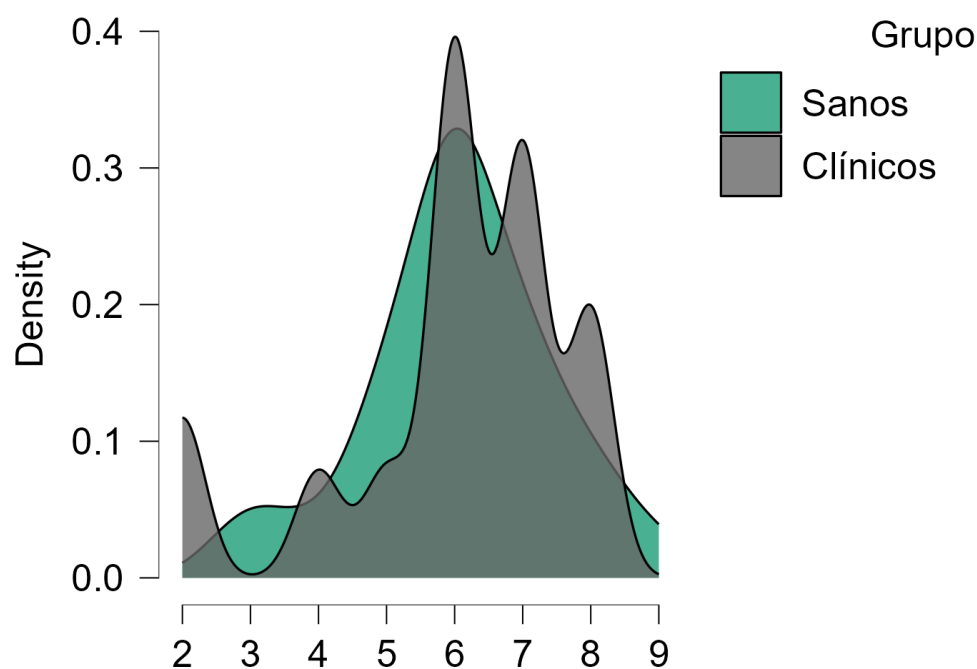
La curva de densidad indica una distribución simétrica en los evaluados sanos y asimétrica en los clínicos en los resultados de la prueba FF-SIL en la variable de afectividad. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 4-10 como puntaje categórico, con una media de 6.7 puntos, indicando que la afectividad familiar se demuestra de forma frecuente mediante las acciones y demostraciones de sentimientos positivos hacia sus miembros, de forma muy frecuente en los casos funcionales y menos frecuentemente en los moderadamente disfuncionales. Los puntajes sanos se distribuyen con su media en el aproximado de 6.5 puntos, donde la mayoría indica una moderada funcionalidad de afectividad, pero con mayor densidad que la población clínica y un porcentaje menor que si indica una disfuncionalidad familiar en esta categoría.

Ilustración 80. *Escala de ROLES*

Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba FF-SIL en la variable de roles. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 5-9 como puntaje categórico, con una media de 6.5 puntos, indicando que los roles familiares están definidos y los miembros cumplen moderadamente dichas responsabilidades. Los puntajes sanos se distribuyen con su media en el aproximado de 6.9 puntos, donde la mayoría indica una funcionalidad de afectividad, pero con una densidad similar que la población clínica y un porcentaje menor que si indica una moderada funcionalidad familiar en esta categoría.

Ilustración 81. *Escala de ADAPTABILIDAD*



Nota: Elaboración propia.

La curva de densidad indica una distribución asimétrica en los evaluados sanos y clínicos en los resultados de la prueba FF-SIL en la variable de adaptabilidad. La variación y frecuencia de los participantes clínicos indica que un porcentaje de respuestas en esta categoría se ubican entre aproximados de 5-8 como puntaje categórico, con una media de 6 puntos, indicando que la adaptabilidad familiar se demuestra de forma frecuente mediante las acciones para poder adaptarse antes las situaciones sociales y modificar las estructuras internas de poder en una forma bastante funcional. Un porcentaje pequeño indica una severa disfuncionalidad en este aspecto. Los puntajes sanos se distribuyen con su media en el aproximado de 6 puntos, donde la mayoría indica una moderada funcionalidad de afectividad con menor densidad que la población clínica y un porcentaje menor que si indica una disfuncionalidad familiar en esta categoría.

Aplicación Test CRITICIDAD

Tabla 93. CRITICIDAD

		Median	Mean	Std. Deviation	Skewness	Std. Error of Skewness	Std. Error of Kurtosis	Std. Error of Kurtosis
CR_TIPO I	Sanos	2.000	1.767	1.073	0.681	0.427	0.035	0.833
CR_TIPO I	Clínicos	3.000	2.533	1.592	0.237	0.427	-0.833	0.833
CR_TIPO II	Sanos	1.500	2.500	2.898	1.658	0.427	2.521	0.833
CR_TIPO II	Clínicos	6.000	5.100	3.397	0.219	0.427	-0.641	0.833
CR_TIPO III	Sanos	3.000	4.767	5.905	1.951	0.427	3.668	0.833
CR_TIPO III	Clínicos	5.500	7.900	6.609	1.225	0.427	1.421	0.833

Nota: Elaboración propia.

Objetivo 6. Determinar la interacción los factores personales y familiares con el consumo de drogas.

La Tabla 42 resume las estadísticas descriptivas de las variables investigadas, incluyendo la frecuencia de problemas familiares reportados por grupo y la media y desviación estándar de otras variables. No se encontraron diferencias significativas entre los factores de riesgo en la edad de los participantes con y sin drogadicción ($t(55,53) = 0,269$, $p = .789$). Sin embargo, hubo una asociación significativa entre la afiliación grupal y tener familiares con problemas de drogadicción ($\chi^2(1, N = 60) = 10,76$, $p = .001$), siendo más común en la muestra clínica. Otras asociaciones observadas, como intentos de suicidio en familiares ($\chi^2(1, N = 60) = 4,81$, $p = .028$), problemas de infertilidad

($\chi^2(1, N = 60) = 4.04, p = .044$), y abuso, abandono o maltrato ($\chi^2(1, N = 60) = 4.32, p = .038$), no fueron significativas después de ajustar por múltiples comparaciones. En todos los casos, los participantes con adicción presentaron mayor incidencia de estos problemas. Las familias con adolescentes adictos reportaron mayores frecuencias de problemas de salud críticos.

Table 94. Descriptive Statistics from Personal and Family factors

Number of cases	Without	
	addiction	With addiction
Chronic disease	4	10
Poor dietary practices	4	6
Teenage pregnancy	2	6
Alcohol abuse	12	13
Drug abuse	2	13
HIV/AIDS	3	4
Cancer	4	6
Disability	5	8
Terminal illness	3	9
Suicidal behaviours	3	10
Genetic problems	4	7
Infertility	1	6
Abuse, neglect, mistreatment, or abandonment	2	8
Mean scores (standard deviation)		
Critical health issues in the family	1.63 (2.83)	3.53 (3.4)
Family problem solving	20.2 (5.55)	17.93 (5.07)
Family emotional implication	30.27 (4.4)	31.73 (5.91)
Emotional stability	13.43 (6.11)	10.96 (3.83)
Cognitive control	16.73 (2.59)	15.11 (3.06)

Nota: Elaboración propia.

El modelo de regresión logística multivariada evaluó la probabilidad de adicción (presente o ausente) como resultado, utilizando tanto variables familiares como internas como predictores: estabilidad emocional, control cognitivo, resolución de problemas familiares, involucramiento emocional familiar y problemas de salud críticos dentro de la familia. Se utilizó un proceso de selección por pasos para identificar asociaciones significativas entre la adicción y estos predictores. Según nuestros resultados (ver Tabla 43), tres factores aumentaron notablemente el riesgo de que los adolescentes desarrollen una adicción a las drogas, dos de los cuales están relacionados con la familia. Los adolescentes que enfrentaban problemas de salud críticos en su familia tenían un 29.8% (intervalo de confianza del 95% [5.8%, 59.3%]) mayor riesgo de desarrollar una adicción al controlar otras variables. De manera similar, la falta de habilidades para resolver problemas familiares se asoció con un 15.5% (intervalo de confianza del 95% [26.6%, 2.8%]) mayor riesgo, y la insuficiente estabilidad emocional se vinculó con un 16.4% (intervalo de confianza del 95% [27.1%, 4.1%]) mayor riesgo de adicción.

Table 95. Resulting Model from the Multivariate Logistic Regression Analysis

Parameter	Estimate	Standard Error	Odds Ratio	Wald Test		95% Confidence interval	
				Statistic	p	Lower bound	Upper bound
(Intercept)	4.592	1.837	98.703	6.250	0.012	2.696	3613.057
Critical health issues in the family	0.261	0.104	1.298	6.252	0.012	1.058	1.593
Family problem solving	-0.169	0.072	0.845	5.573	0.018	0.734	0.972
Emotional stability	-0.179	0.070	0.836	6.529	0.011	0.729	0.959

El modelo de regresión logística multivariada evaluó la probabilidad de adicción (presente o ausente) como resultado, utilizando tanto variables familiares como internas como predictores: estabilidad emocional, control cognitivo, resolución de problemas familiares, involucramiento emocional familiar y problemas de salud críticos dentro de la familia. Se utilizó un proceso de selección por pasos para identificar asociaciones significativas entre la adicción y estos predictores. Según nuestros resultados (ver Tabla 43), tres factores aumentaron notablemente el riesgo de que los adolescentes desarrollen una adicción a las drogas, dos de los cuales están relacionados con la familia. Los adolescentes que enfrentaban problemas de salud críticos en su familia tenían un 29.8% (intervalo de confianza del 95% [5.8%, 59.3%]) mayor riesgo de desarrollar una adicción al controlar otras variables. De manera similar, la falta de habilidades para resolver problemas familiares se asoció con un 15.5% (intervalo de confianza del 95% [26.6%, 2.8%]) mayor riesgo, y la insuficiente estabilidad emocional se vinculó con un 16.4% (intervalo de confianza del 95% [27.1%, 4.1%]) mayor riesgo de adicción.

Table 95. Resulting Model from the Multivariate Logistic Regression Analysis

Parameter	Estimate	Standard Error	Odds Ratio	Wald Statistic	p	95% Confidence interval (odds ratio scale)	
						Lower bound	Upper bound

Note. Nivel de adicción '1' codificado como clase 1; elaboración propia

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

A partir de esta sección se inicia el análisis de los resultados obtenidos en el estudio, comparándolos con las hipótesis planteadas y la literatura existente. Se discutirán las implicaciones de estos hallazgos y se propondrán posibles explicaciones para los resultados observados. Para este fin, se tomarán en cuenta los objetivos planteados de acuerdo con los resultados obtenidos, los cuales se detallan a partir del capítulo IV.

Es necesario recalcar que estos resultados surgen como respuesta a dos estudios elaborados en conjunto: La caracterización de adolescentes en situación de consumo de drogas, atendidos en un centro ambulatorio y el estudio de los factores personales y familiares asociados al riesgo de consumo de drogas: comparación de grupos de consumidores y sanos.

Los objetivos se basan en la caracterización del estado de los adolescentes consumidores de drogas atendidos en el CDID, la descripción y determinación de los factores causales, consecuencias, protectoras, de estrés y riesgo que conducen al consumo de estas sustancias, las variables sociodemográficas, los factores de personalidad, de afrontamiento y autoestima en los adolescentes tanto afectados como sanos, los factores familiares, funcionalidad, y otras características de riesgo en el círculo cercano del afectados, y los factores personales y familiares que interactúan como causal del consumo de drogas de los afectados.

Estos se determinaron de acuerdo con los estudios realizados, ya sea de caracterización de adolescentes en situación de consumo de drogas, atendidos en un centro ambulatorio; y de factores personales y familiares asociados al riesgo de consumo de drogas: comparación de grupos de consumidores y sanos.

Los resultados obtenidos proporcionan una visión detallada del tema de estudio abordado y presentan varias implicaciones teóricas y prácticas que serán discutidas en detalle. A partir de esto, se explorarán las posibles explicaciones para los hallazgos observados y se evaluarán en el contexto de estudios previos y teorías existentes.

Además, se abordará las limitaciones del estudio y sugerirá direcciones para futuras investigaciones. A través de este análisis, se espera ofrecer una comprensión más profunda acerca de la intervención psicosocial en los adolescentes consumidores de “H” en Guayaquil, Ecuador y contribuir al cuerpo de conocimiento existente.

De acuerdo con los objetivos de la investigación planteados anteriormente y los resultados que se verificaron en el estudio a partir de los objetivos, se plantea contrastar los datos y triangular algunas formulaciones de la investigación de acuerdo con los registros de los resultados. Además, se tratará de exponer las causas y factores que conducen a la drogodependencia de esta población vulnerable en especto psicológico, influencias externas, factores de riesgo, dinámica familiar, etc. A partir de las hipótesis planteadas inicialmente, estas se relacionarán con cada uno de los objetivos de investigación en conjunto con los resultados adquiridos. De esta manera se dará un análisis más

profundo de los datos recopilados durante todo el estudio que pueda constatar con nuestra hipótesis y objetivos planteados.

Dado a que, en el Ecuador, el problema del consumo de drogas y adicción a los estupefacientes en la población juvenil se ha vuelto un problema alarmantemente común el cual ha sido el centro de atención y preocupación para las autoridades o entidades de salud (Ministerio de Salud Pública, 2016), debido a los efectos a la salud física y psicológica, cognitiva, comportamental, social, entre otras, que pueden causar a los afectados por el consumo de estos productos sujetos a fiscalización.

Debido a esto se da la investigación en conocer al público demográfico de interés, es decir, jóvenes adolescentes, de 12 a 18 años de edad, que sean consumidores de la droga conocida como “H”, y estudiar los efectos y el comportamiento que presentan esta población afectada por el consumo de esta droga.

Primero, se acude al Objetivo 1, de caracterización de la situación y estatus del consumidor. El estudio dentro del CDID de una población objetivo de 507 del Centro de Investigación Docente (CDID). De esta población, tenemos el dato de aproximación que 4 de cada 5 usuarios entrevistados son del sexo masculino, mientras que el saldo pertenece a lo que consideramos el sexo femenino (Ilustración 27).

Con este dato inferimos que los individuos de sexo masculino son los más propensos a caer en el consumo de las drogas recreativas, sobre todo la droga de interés en este estudio, la “H”, además, que esta población demográfica son los más propensos a ser atendido en centros de rehabilitación de consumo de drogas. Dicha aseveración valida lo planteado en las hipótesis que es relaciona con la droga “H”, y a las variables sociodemográficas que los adolescentes afectados están expuestos.

La edad promedio de los participantes, nuestra población objetivo de adolescentes, es de 15.47 años (Tabla 51). Esto nos demuestra que dentro del CDID, la gran mayoría de pacientes atendidos por el consumo de drogas son de adolescentes, cuyas edades oscilan desde los 11 años hasta los 18 años. Sin embargo, dentro de la población objetivo solo son de interés unos 317 participantes, los cuales son atendidos por ser consumidores de la droga “H” (Tabla 52). Se excluye a aquellos pacientes con mayoría de edad, el cual nos da una población de interés final de 306 pacientes, desde el de menor edad del grupo, que es de 11 años, hasta el de límite de edad juvenil, de 18 años (Ilustración 28). Resalta dentro del estudio que la mayor cantidad de pacientes atendidos son de edades de 15 y 16 años, siendo la de 15 años el de mayor cantidad, además de aquellos con 17

años, y 14 años. Es decir, nuestro rango de edad con mayor número de consumidores de esta droga oscila de los 14 a 17 años en los afectados por esta droga.

Adicionalmente, se repite la tendencia que la gran mayoría de afectados en la población de paciente es de sexo masculino, es decir, 4 a 5 jóvenes afectados son varones (Ilustración 29). Adicionalmente, como se detalla en la Ilustración 31, el 95 % de los afectados son estudiantes de colegio, lo que nos da un dato alarmante de alumnos escolares que tienden a ser consumidores de drogas, seguido en menor, aquellos cuyas ocupaciones datan de poseer un trabajo estable, ya sea por carácter externo o de carácter familiar, o no posee trabajo ni se encuentra en el sistema educativo nacional.

La edad de iniciación de consumo varía desde los 11 a 12 años en los individuos consumidores, con datos de iniciación temprana de 8 años y tardía de 12 años. Los consumidores de la droga “H” también han relatado que suelen consumir con otras drogas más, siendo este dato de 3 de cada 5 consumidores, en mayor a menor grados, desde la marihuana, cocaína, heroína, bebidas alcohólica, tabaco y otras drogas no registradas. La frecuencia de consumo en los individuos afectados varía desde el consumo diario, en un nivel alarmantemente alto, con la mitad de los consumidores realizando esta práctica diaria, al consumo semanal, mensual y en un periodo mayor de tiempo.

Los lugares de consumo más frecuente suelen ser en el colegio, con más de la mitad de los consumidores realizando esta práctica, luego en sus viviendas, barrios, paradas de buses, etc. Además, que dichos lugares mencionado también es sitio en el cual se puede adquirir las sustancias para su uso indebido (Tabla 58 y Tabla 68).

Estos datos se comparan con el estudio realizado por Saiz et. al (2020), en el cual muestra resultado de adolescente en Cuenca, España, bajo el mismo rango de edad que se realizó en el presente estudio. Dicho estudio detalla que la edad media de los consumidores adolescente es de 16,36 años, con el grupo de consumidores es de los 15 años y 16 años, similar al estudio actual. En contraste al presente estudio, Saiz detallo que los participantes del sexo femenino son los que más tienden a consumir, siendo aproximadamente 3 de cada 5 individuos que se entrevistaron. La edad de iniciación de consumo de sustancia psico recreativas que arrojó ese estudio data desde los 13 a 14 años, que contrasta con la investigación actual.

En otra muestra de estudio realizada por Reyes & Véliz (2016), con una población objetivo con adolescente de edades de 12 a 19 años, se presenta que hay mayor presencia de varones consumidores que las mujeres, en relación de 3 de cada 5 individuos. La edad mínima de inicio de

consumo, al igual que la presente investigación, fue de 8 años, y la edad promedio de inicio fue de 13 años. Además, la gran mayoría de la población objetivo eran estudiantes de colegio al momento de la realización de dicho estudio.

Además, se toma en cuenta que debido a que los adolescentes crecen, en cierto modo, reciben menos protección por parte de sus familiares o supervisores, y los factores de protección en los adolescentes son más altos en aquellos con menor edad (López & Rodríguez-Arias, 2010)

Las Tablas 59, 61 y 62, presentan las medidas que se toman por parte de los adolescentes afectados y los familiares cercanos. Estas medidas primarias presentan las actitudes de preocupación, búsqueda de apoyo integral, sensación de desesperación, tristeza y dolor, y en el peor de los casos rechazo generalizado, desconfianza, malestar, enojos y exabruptos. Para un mayor alcance que se el afectado puede recibir ese apoyo, se suelen acudir a ayudas de expertos, concientización y apoyo por parte de los familiares, atención con personal de salud y psicología, aunque suele haber un ausentismo en cuanto a la búsqueda de la resolución de esta problemática.

De acuerdo con esta información, aparentemente no se han encontrado datos detallados de cifras de adolescentes consumidores de drogas en la ciudad de Guayaquil por otros autores que hayan realizado estudios de esta naturaleza y acerca de esta problemática. La mayoría de los autores (Simón Saiz, et. al, 2020; López & Rodríguez-Arias, 2010) presenta datos de factores de riesgo los cuales tienen incidencia en los adolescentes afectados, que son causales para el inicio de este consumo que a la larga se vuelva habito de consumo. Tales como la falta de apoyo parental, el incremento de adquisición de las sustancias en diferentes lugares, falta de confianza y/o autoestima, la presencia de consumo de drogas directa o indirecta desde la niñez y adolescencia (Reyes & Véliz, 2016; Borja, 2014; Sánchez et. al., 2017).

En el objetivo #2, se buscó describir los factores causales, consecuencias, protectores y de riesgo al consumo de estas sustancias en los adolescentes afectados. En los pacientes se destaca la respuesta que la facilidad de adquisición de estas sustancias ha sido un factor determinante para el consumo de drogas. Además, también atribuyen al medio en el que se encuentran rodeados y a las dificultades y adversidades en las que se encuentran, que conllevan a un nivel de estrés alto que conduce al consumo de estas sustancias.

Específicamente, los factores de estrés datan de: Problemas familiares, ya sea con los padres, hermanos, entre otros; Separación o Divorcio de los padres; Problemas económicos dentro del entorno familiar; Problema o situaciones de riesgo con los amigos, pareja, o miembros de pandillas,

del entorno en el que están rodeados; Problemas en el colegio; Problemas de salud; el cual también puede incluir abstinencia y consumo desmedido de estas sustancias; y Problemas Legales.

En la Tabla 65, denota que el mayor factor de estrés detonante para el consumo de drogas en adolescentes es el de Problemas con los Padres, con casi 50% de los casos; seguido de los Problemas en el colegio con el 11% de los casos; después con los Problemas de salud con casi el 10% de los casos; y en lo más relevante, los Problemas de lidiar con el Divorcio o Separación de los Padres y los Problemas económicos dentro del entorno familiar, con el 6% de los casos para cada uno de los factores mencionados anteriormente.

Esta información valida lo indicado por Cango y Suárez (2021) relata que en el 39% de los hogares no hay mucha preocupación o concientización acerca que si un miembro de la familia consume o no drogas, el cual es fundamental para que los jóvenes, al entrar a cierta edad, puedan ser conscientes de las consecuencia del consumo de estas sustancias, además, de la poca o nula influencia de los padres en el resguardo de sus hijos e hijas adolescentes ante el problema de las drogas, y que en la mayoría de estos casos, los adolescente suelen estar bajo la supervisión y convivencia de solo uno de los padres o familiares, el cual da un total que el 62% de los casos de causales de consumo de drogas en adolescentes vienen de problemas familiares.

Dentro de los problemas familiares, también se pueden incluir las dificultades económicas dentro del entorno familiar, la violencia intrafamiliar, sensación de abandono, soledad e ignorancia de los padres. Muchas veces también se atribuye responsabilidad causal a agentes externos, en otras palabras, padrastros o madrastras, cuyos tratos a los jóvenes de manera desleal y ruin hace que esta sea otro factor para el consumo de drogas (Riofrío Guillén & Castanheira Nascimento, 2010)

Adicionalmente, el entorno donde se desarrollan los jóvenes es un causal de atención para el consumo de estas sustancias, debido a que, en la actualidad, la facilidad de la adquisición de estas sustancias hace que, dentro del entorno del adolescente, ya sea con amigos o dentro de su vecindario, comunidad, incluso en los colegios, sea otro factor de riesgo para que se den estos casos, que cerca del 34% de los casos en el estudio anterior se atribuye a este factor (Cango & Suárez, 2021). Esta información complementa a los datos de factores de riesgo de lugares o recintos donde se facilita el consumo de droga en los adolescentes.

La influencia de aquellas personas cercanas también contribuye al consumo de sustancias psicotrópicas en adolescente. Dichos agentes conforman: Amigos o compañeros de colegio, que en la mitad de los casos son contribuyente al consumo de drogas en los afectados; siguiendo por los

amigos de barrio con un porcentaje cercano al 30%; en el 20% de los casos tenemos a familiares que contribuyen a este consumo, el cual arroja los siguientes datos: los primos contribuyen en el 35 % de los casos, seguido de los hermanos con el 20% de los casos, después por el padre del afectado con el 15%, luego por la madre con el 15% de los casos, mientras que el porcentaje resultante detalla a otros familiares cercanos o lejanos como factor de riesgo por el consumo (Tabla 66).

Esta tendencia es repetida en el estudio por Riofrío Guillén & Castanheira Nascimento (2010), que detalla ciertos familiares de los afectados contribuyen a la iniciación de consumo de drogas, incluso se menciona personas externas como padrastros o madrastras. Además, en la investigación se han comprobado efectos a la salud física y psicológica de las drogas, especialmente la droga “H”, debido a su uso y posterior abstinencia abrupta en ciertos casos. Se caracterizaron consecuencias físicas, o de carácter biológico en el cuerpo del afectado, y de consecuencias de carácter psicológico comportamental.

Como expresión física-biológica en el cuerpo, tenemos: Presentación de cuadros de dolores de huesos, fiebre y escalofríos; Cefaleas (dolores de cabeza) y náuseas; Mareos, vómitos, y en ciertos casos narcolepsia; Combinación de dolores de cabeza y de huesos; Malestar general; y falta de apetito. Mientras que, en efectos psicológicos, tenemos que: se evidencian conductas de agresividad, ansiedad y mal comportamiento; por otro lado, existen casos de sensación vitalidad, poder, actividad y alegría; casos de fatiga, cansancio e insomnio; ciertos mencionan sentirse bien y relajado; y, hay casos en donde no se presenta ningún tras su consumo (Tabla 65).

Con los datos que se recolectaron, se puede inferir que, en la mayoría de los casos, es decir, 9 de cada 10 consumidores, presentan efectos secundarios de carácter fisiológico y psicológicos luego del consumo, en ciertos casos, menores, obtienen un efecto favorable de relajación y vitalidad, pero en la mayoría de los casos los efectos son adversos, que se multiplican en caso de abstinencia después de un consumo desmedido y descontrolado de estas sustancias.

Luego, se verifica los factores protectores en los adolescentes consumidores, es decir, los agentes de apoyo social, actitud familiar, hobbies, entre otros factores que conduzcan a alternativas al consumo de drogas para los adolescentes. El estudio detalla que el casi el 90% del apoyo que reciben los consumidores damnificados proviene de parte de los familiares, seguido de la ayuda brindada por amigos del damnificado, luego de la religión o casas benéficas de entidades religiosas, luego por la entidad de salud de Ministerio de Salud Pública, y en menor grado se evidencia la

ayuda por parte de vecinos, el seguro social, clínicas de rehabilitación, grupos de apoyo, ONGs dedicadas a esta problemática, y la organización de Narcóticos Anónimos (NNAA).

En cuanto a actividades de recreación o de tiempo libre de los pacientes, los datos arrojan actividades desde ejercicios físicos, ver la televisión, realización de tareas, salir con amigos, y hobbies como escuchar música, a los videojuegos, navegar en internet, ayuda con los quehaceres del hogar a sus padres o trabajo, entre otras actividades. Dichas actividades ayudan a los adolescentes a buscar métodos de recreación que los aleje del consumo de drogas a corto y a largo plazo.

Un aspecto importante que se relaciona a este objetivo es la necesidad en la búsqueda de sensaciones arraigadas al consumo de drogas en los adolescentes. Un estudio por Luengo, Otero-López, Romero, & Gómez-Fraguela (1996), concluye y relaciona la búsqueda de estas sensaciones con la conducta de consumo en la adolescencia, partiendo desde las drogas legales a las drogas ilegales y de mayor daño a la salud. Además. A larga esto conlleva a las consecuencias que se detallan a lo largo este estudio.

De la misma manera, este argumento de susceptibilidad de acabar en el consumo de este tipo de drogas a partir de las drogas legales, como el tabaco y el alcohol, es demostrado en el estudio por Peñafiel (2009) el cual considera que estos factores de riesgo más la facilidad de conseguir cierto tipo de drogas como el cannabis, es contribuyente a que los adolescentes sean propensos a ser consumidores de drogas psicoactivas que a largo plazo es perjudicial para su salud.

En resumen, dentro del Objetivo 2, se toman los factores de estado de cambio de los adolescentes consumidores de “H” que presentan un mayor apoyo social, dando a entender la validez de la hipótesis: Los factores causales al consumo en drogas en adolescentes atendidos en el CDID tienen consecuencias directas en las características del consumo de sustancia psicoactivas. Así mismo, con los métodos de acción para el tratamiento de esta problemática en los adolescentes.

En cuanto al Objetivo 3, este busca determinar las relaciones existentes entre variables sociodemográficas, factores protectores, de riesgo y efectos del consumo de drogas. Para este efecto se formuló una hipótesis que plantea que la frecuencia del consumo está determinada por las características relacionadas del contexto social, supervisión y factores protectores, y que su ausencia facilita e intensifica el consumo de sustancias psicoactivas.

De este modo, los primeros datos que arroja la investigación sugieren que la relación entre el género y la frecuencia de consumo señala al masculino como el género que más frecuentemente consume estupefacientes con 264 hombres en comparación de las 53 mujeres que realizan esta misma actividad. Esto en parte se debe a que la muestra tomada para realizar los estudios consiste mayoritariamente en hombres. A pesar de ello, al analizar la frecuencia de consumo se constata existe una relación más estrecha entre el género masculino y la frecuencia de consumo. (Tabla 23)

Esta información se ve respaldada por la evidencia encontrada en el trabajo de Sosa (2020), en donde la frecuencia de consumo está directamente relacionada al género masculino. Esto se ve reflejado en el claro 100% de adolescentes masculinos que han sido intervenidos por la Policía Nacional de Perú (PNP) por consumo de drogas de manera frecuente.

A continuación, el estudio se interna en la relación observable entre la ocupación del adolescente y la frecuencia del consumo de drogas. Hay que tomar en cuenta que la ocupación del adolescente y la frecuencia con que consume sustancias, como la sustancia H, puede estar influenciada por varios factores como el tiempo libre, con el cual pueden tener más oportunidades para consumir sustancias, o factores estresores dentro de su entorno. Es así que se visibiliza que la piedra angular en este aspecto es la relación entre los problemas familiares y la frecuencia de consumo en adolescentes, teniendo un total de 157 sujetos que declaran haberse adentrado a este mundo por dicha razón.

Esto es corroborado en el estudio realizado en la ciudad de Jipijapa por Lucas, Quiroz y Cedeño (2017), en donde se refleja que los factores de riesgo social provocan mayores efectos y frecuencia de consumo en los adolescentes, teniendo como resultado de la investigación que el principal factor que involucra a esta población con las drogas son los problemas dentro del núcleo familiar, determinando que el 70% de la muestra entrevistada lo ha hecho por esta causa.

De la investigación se desprende un resultado que indica que la mayor cantidad de consumidores se presentan en los sujetos que no poseen una profesión, teniendo un total de 305 consumidores que no tienen una ocupación actualmente. No obstante, cabe recalcar que, de este total, el 95% se dedican a estudiar, por lo cual este análisis estadístico no representa una correlación totalmente fiel entre la ausencia de una ocupación y el consumo de la droga “H” en los adolescentes, por lo que no se corrobora la hipótesis en esta arista. (Tabla 73)

Prueba de esto se puede observar en el estudio realizado por Gervasio (2014), en donde se declara que la mayoría de los estudiantes que acuden a consultas por motivos de drogas son

estudiantes que actualmente no poseen una profesión u ocupación y que, en algunos casos, esto genera exceso de tiempo libre y aburrimiento, por lo cual son más influenciables.

A esto se le añade que, precisamente la mayor frecuencia de uso de estupefacientes se da por medio de consumidores cercanos al individuo, destacándose los amigos de colegio y de barrio como las principales fuentes para su adquisición (Tabla 76). Y es que la necesidad de pertenecer a un grupo social y ser aceptado puede llevar a los adolescentes a probar drogas si sus amigos también lo hacen. Por lo tanto, en grupos de amigos donde el consumo de drogas es común, existe una relación entre los pares cercanos para que los adolescentes participen en el mismo comportamiento.

Algo similar se puede ver en un estudio de España que presenta datos sobre este tema, en los que se puede observar una relación palpable entre la influencia social y la cercanía de un tercero que consuma drogas como punto de partida para que el adolescente incurra en esta misma práctica. En ese caso, fueron la relación del adolescente con amigos consumidores y la satisfacción con la relación entre pares los puntos en que más se reflejaron las causas que refuerzan esta conducta (29%) (Graña y Muñoz, 2000).

Además de los factores de riesgo, también existen factores protectores que inciden en la frecuencia con la que los adolescentes utilizan drogas. Aquí aparece el apoyo familiar y la práctica de algún deporte como las claras categorías en donde más se refugian los sujetos consumidores. Esto, sin duda, se presenta como algo llamativo que se puede apreciar, ya que usualmente se tiene la creencia de que realizar deporte en el tiempo libre es un método efectivo de prevención de consumo de drogas, determinando así que no necesariamente hay una asociación entre estos factores protectores y la frecuencia de consumo en adolescentes.

Algo que se puede comparar con los mismos estudios de Gervasio (2014), en donde los adolescentes entrevistados en un grupo focal, en su mayoría respondieron que acudían a actividades recreativas o a familiares en busca de ayuda cuando no sabían qué hacer con su consumo de drogas, sin embargo, no lograban encontrar ninguna solución en este ámbito.

En la misma línea, se percata que de los 27 consumidores mensuales que se presentaron, 24 perciben apoyo por parte de familiares, es decir, más del 88%, sin embargo, para aquellos consumidores de frecuencia semanal o diaria, este porcentaje se ve claramente disminuido, lo cual deja un mensaje de que no necesariamente los consumidores más habituales son los que reciben más apoyo.

Finalmente, la hipótesis 3, la cual sugiere que las condiciones sociodemográficas y los factores de riesgo más agresivos indican un mayor consumo de y efectos más fuertes en los adolescentes atendidos en el CDID es correcta, esto se puede verificar al acudir a las tablas 72 y 73 en donde los factores sociodemográficos que se relacionan con el consumo de drogas en mayor medida corresponden al género masculino, en especial aquellos adolescentes que están en la etapa de colegio y aún no poseen una profesión u ocupación.

Y en cuanto a los factores de riesgo y su relación con la frecuencia de consumo de drogas en adolescentes atendidos en el CDID, los datos obtenidos en las tablas 74, 75 y 76 confirman la existencia de la misma. Así mismo, esta se puede ver reafirmada con los estudios de Gervasio (2014) y de Graña y Muñoz (2000), en donde se resaltan los problemas con los padres, el consumo en los sitios con menor supervisión como los barrios y colegios, y la cercanía del adolescente con consumidores cercanos como las principales causas que se asocian con la frecuencia de esta actividad.

El segundo estudio inicia con el planteamiento del Objetivo 4 que busca evaluar factores de personalidad, afrontamiento y autoestima en adolescentes que son consumidores y en adolescentes sanos. Se aplicó un test de CPS o Cuestionario de Personalidad Situacional para evaluar la personalidad y comportamiento de los individuos sanos y afectados por el consumo de drogas.

Esta prueba se realizó de acuerdo con los factores de personalidad situacional: Estabilidad emocional, Ansiedad, Autoconcepto, Eficacia, Confianza o seguridad en sí mismo, Independencia, Dominancia, Control cognitivo, Ajuste social, Agresividad, Tolerancia, Inteligencia social, Integridad/Honestidad, Liderazgo, Sinceridad, Deseabilidad Social, Control, Ajuste, Liderazgo, Independencia, Consenso, Extraversión (Tabla 87). En el análisis de cada factor, se evidencia que: En la estabilidad emocional, se muestra representación de signos de cambios de humor, y posible inestabilidad emocional en los individuos afectados.

En la escala de Ansiedad, los individuos sanos presentan menor tendencia a mostrar signos de ansiedad, contrario los individuos afectados, con signos de inestabilidad ansiosa, irritabilidad, miedos y preocupaciones constantes. En la escala de autoconcepto, se nota una ligera variación de niveles de autoestima, inestabilidad y sentimientos de inferioridad, que son apenas más graves en individuos consumidores que en individuos sanos.

Campos (2017) justifica que esta variación entre las percepciones de autoestima y poca seguridad en los adolescentes se deben a que la baja autoestima puede reducir la capacidad de los

adolescentes para resistir las influencias negativas y tomar decisiones saludables, incrementando así la probabilidad de involucrarse en comportamientos de riesgo como el consumo de drogas. Por lo tanto, abordar y mejorar la autoestima en los adolescentes es crucial para prevenir el inicio y la perpetuación de este tipo de conductas perjudiciales.

De acuerdo con los datos de Seguridad en sí mismo, la variación con los individuos afectados data de posibles sentimientos de desconfianza y miedo ante adversidades y los tratamientos por su problema de adicción. En cuanto al aspecto de independencia, los individuos sanos poseen mayor capacidad y confianza en la toma de decisiones y autonomía. En Dominancia, se nota un grado de intolerancia, agresividad o competitividad mayor en los individuos afectados.

En grado de sociabilidad, sus puntajes estadísticos son similares, sin embargo, en los pacientes hay mayor tendencia a la reservación, poca sociabilidad e inhibición social. En agresividad, los individuos clínicos se da la tendencia de mayor actitud agresiva en los pacientes. En cuanto a Liderazgo, sorprendentemente en los pacientes se vio un mayor grado de actitudes de líder, pero que tienden al descontrol.

Estas aristas se relacionan con estudios realizados sobre perfiles de adolescentes en Barranquilla, los cuales destacan que las muestras de adolescentes en riesgo de consumo de drogas manifiestan comportamientos obsesivos que rozan la intolerancia.

Además, estos adolescentes muestran tendencias a una escasa sociabilización entre sus pares y presentan niveles variados de seguridad en sí mismos. Estos comportamientos son observables, especialmente, dentro de las poblaciones consideradas sanas en los estudios mencionados; según Benítez, Sánchez y Serrano (2015), estos factores son cruciales para entender el comportamiento de los adolescentes y el contexto de riesgo en el que se encuentran, ya que la obsesión y la baja sociabilidad pueden ser tanto indicadores como consecuencias del consumo de drogas.

La variabilidad en la autoconfianza sugiere que mientras algunos adolescentes pueden tener una percepción inflada de sí mismos, otros pueden experimentar inseguridad, lo cual influye en sus interacciones sociales y decisiones relacionadas con el consumo de sustancias.

En sinceridad, las inseguridades propias y modestias sociales son características evidentes en los individuos afectados. En ajuste, los indicios de inestabilidad e intranquilidad son mayores en los pacientes clínicos. El aspecto de consenso nos arroja que el individuo afectado es más propenso a la incompatibilidad con el resto de las personas. Además, mediante un test de afrontamiento, se

evidencio las distintas opciones al cual se recurre en el momento o posibilidad de consumo de drogas.

Las actitudes que más se toman son: Búsqueda de desviación, Escape, Apoyo familiar, Ayuda de amistades, Desahogo, Reevaluación, Apoyo espiritual, y actividades exigentes. Los individuos sanos tienden a utilizar más los métodos de la desviación, apoyo familiar, y actividades exigentes; tanto individuos sanos como afectados recurren a la Reevaluación; y los individuos afectados recurren al Desahogo, Escape, Apoyo de amistades, y Apoyo espiritual (Tabla 88).

Estos rasgos característicos de actitudes que se evidencian de las estrategias de afrontamiento y personalidad se ven en otros estudios relacionados acerca del objetivo a tratar. Mestre et. al. (2004) citaron que, con frecuencia, a partir del consumo de alcohol y luego de otras drogas, se dan las actitudes asociadas a la manipulación a las demás personas, agresividad y competitividad, baja ambición, nulo esfuerzo para comprometerse con sus tareas, despreocupación, falta de control de impulsos y necesidades, Ira, Dominancia e influencia social, egocentrismo y baja sensibilidad.

Así mismo, se sugiere que, a largo plazo, estas actitudes conllevan a otras problemáticas futuras como altruismo, depresión, baja autoestima, nula estimulación social, modestia excesiva, desinterés, entre otras.

En otro estudio realizado por Ortega, Oliva, Morales, Sala, & Álvarez (2015) se ve que los factores de afrontamiento por riesgo individual en los adolescentes de primeros años de colegio ante el consumo de drogas, alcohol y tabaco, similar a los efectos en el estudio presente, data desde la baja tolerancia a la frustración, dificultad para resistir presiones de grupos de compañeros, familia o sociales, Baja perspectiva en los proyectos académicos, etc. todo esto conforma una serie de actitudes negativas a los que pueden estar propensas los jóvenes consumidores durante y después del consumo o abstinencia.

Además, en otro estudio se sugiere los estilos de afrontamiento más enfocados con las drogas ilegales de carácter psicoactivo, el cual data de distracción física, esfuerzo propio para obtener buenos resultados y éxitos, a tender a resolución de problemas, y a buscar métodos de diversión y relajación para evitar el consumo de drogas (Píngel & Guerrero, 2020). Se considera que, dentro de la relación social con los demás compañeros, familiares o amigos, esta es usada como método de afrontamiento, o búsqueda de ayuda profesional. En casos extremos, los afectados eligen ignorar el problema o buscar métodos de reducción de tensión para afrontar estas necesidades.

Finalmente, la hipótesis 4: indica que: Los factores de riesgo como agresividad, depresión o afrontamiento son más frecuentes en adolescentes consumidores clínicos que en los sanos. Este enunciado es reforzado con los resultados que se vieron en la obtención de datos de acuerdo al Objetivo 4, el cual busca ver los métodos de afrontamiento ante las adversidades del consumo de drogas.

Para evaluar los factores de riesgo y protectores en las familias de los adolescentes, correspondientes al quinto objetivo, se hicieron uso de instrumentos evaluativos que pudieran calificar estas variables. El primer test aplicado fue el McMaster Family Assessment Device (FAD) y como primer punto, se enfocó en los resultados de la solución de problemas.

Aquí se destaca una diferencia muy marcada en cuanto a la funcionalidad familiar de los sujetos sanos y aquellos que se encuentran en situación clínica. De este modo, aunque no llega a ser la óptima, la funcionalidad encontrada en los sujetos sanos posee una media elevada en comparación a su contraparte (Ilustración 65).

No obstante, el artículo realizado por parte de Alonso, Yáñez y Armendáriz (2017) refuta estos resultados. En cambio, menciona según un estudio con índice APGAR que la funcionalidad familiar no está asociada con el consumo de sustancias adictivas pues aquellos que consumen esporádicamente (68%) no perciben este problema, sino que más bien es el uso y abuso de estas sustancias lo que causa que el adolescente perciba disfuncionalidad dentro del núcleo familiar (32%).

En cuanto a la Comunicación, los Roles, el Control Conductual y el Funcionamiento General se observa un caso particular y es que, a pesar de ciertas diferencias, las respuestas brindadas por la población clínica y la población sana tienen bastantes similitudes. Por ejemplo, ambos tipos de población presentan puntajes parecidos (2.2 y 2.3) en donde refieren que el ambiente familiar maneja la comunicación de forma afectiva e instrumental de forma medianamente funcional. (Ilustración 66 y 67)

Por este lado, sí existen casos que puedan apoyar esta información, como en el estudio realizado por González, Rey y Oliva (2009), del cual se puede extraer que un 73% de adolescentes encuestados dicen desenvolverse dentro de una familia amable y flexible, en donde los roles están definidos de manera adecuada y en donde no presentan mayores problemas en la comunicación para poder expresar lo que sienten o piensan.

Dirigiéndose al Test Familia, a primera vista se puede constatar que, en el apartado de respuestas afectivas, nuevamente hay muchas coincidencias entre lo establecido por los sujetos clínicos y los sujetos sanos, es así que, en la figura 46 se aprecia una media de 2.3 puntos en esta respuesta que arroja que hay funcionalidad mediana en este aspecto.

Desde la resolución de problemas sí hay diferencias mucho más marcadas, en donde la población sana presenta un puntaje de 1.4, mientras que la población clínica tiene un puntaje de 2.2, dejando además entrever que existe mayor disfuncionalidad en esta categoría para esta población.

A continuación, el compromiso activo sugiere en la figura 48 una clara diferencia entre los dos tipos de poblaciones, con un marcado 2.6 de promedio en los sujetos sanos, los cuales hacen referencia a que estos aprecian una funcionalidad mediana y solo una pequeña porción indica percibir disfuncionalidad en esta área.

Lo mencionado anteriormente se sustenta en el trabajo ofrecido por García y Segura (2005). Aquí se menciona que en los factores señalados con anterioridad reside una importancia fundamental para el consumo de estupefacientes en adolescentes, en esta idea presentan concordancia tanto los sujetos evaluados que residen en familias con comunicación positiva y negativa.

En referencia al test familiar FFSIL, esta prueba resultó particularmente útil por ser un estudio desarrollado en un contexto de rehabilitación. Para este efecto los resultados en el ámbito de la cohesión destacan que en los sujetos sanos se evidencia que este factor es moderadamente funcional en su mayoría, mientras que para los sujetos clínicos se presenta una puntuación que denota una mediana disfuncionalidad. (Ilustración 75)

Estos datos se pueden comparar a los obtenidos por Gómez et al. (2021), en donde la cohesión familiar y el consumo de drogas están intrínsecamente relacionados (88%), con la cohesión familiar desempeñando un papel crucial en la prevención y reducción del consumo de sustancias entre los miembros de la familia.

En lo que tiene que ver con armonía y comunicación, nuevamente se aprecian similitudes en los valores obtenidos por este test en ambas poblaciones, teniendo por el lado de la Armonía un indicador de 6 puntos aproximadamente en la figura 50, con lo cual se establece que una gran cantidad de participantes sienten que hay disfuncionalidad en este punto, y sólo unos pocos perciben funcionalidad.

Aunado a esto, hay un promedio de 6.5 puntos observables en la figura 51, que reflejan una disfuncionalidad en la comunicación de clínicos y sanos, con lo cual se presentan patrones de comunicación ineficaces que pueden incluir falta de comunicación, comunicación agresiva, comunicación pasiva, falta de escucha activa y malentendidos frecuentes.

Esto se puede constatar en los resultados del estudio realizado por Errasti et al. (2009), en donde se establece una directa relación entre la mala comunicación entre padres e hijos y el riesgo de consumo de drogas en los adolescentes, lo cual también se suma a la disfuncionalidad en la armonía familiar, pues en búsqueda de evitar la confrontación y no expresar sentimientos o necesidades, se puede llegar a la acumulación de resentimientos por parte del adolescente.

Para finalizar, la permeabilidad y la afectividad dentro del test FFSIL prueban que, en la primera variable existe un grado alto en que las familias con sujetos clínicos permiten la entrada y salida de influencias e información del entorno externo pero que, a su vez, no les sirve para poder aprender de estas experiencias externas. Mientras que, en lo relacionado a la afectividad, esta variable presenta una funcionalidad mucho más moderada en la población sana en comparación con la clínica.

Una familia con alta permeabilidad puede estar más abierta a influencias externas, tanto positivas como negativas, lo que puede afectar la cohesión familiar y el manejo del estrés y la comunicación disfuncional, pues aquellas familias que son adaptables y flexibles pueden ajustarse mejor a los cambios y desafíos, como el estrés y las crisis, reduciendo así el riesgo de que los miembros recurran a las drogas como mecanismo de afrontamiento.

Nuevamente esto se corrobora con la investigación realizada por Ventura, Castro y Carrera (2017), puesto que se demuestra más del 31% de su muestra relaciona un involucramiento afectivo familiar escaso con el consumo de drogas en adolescentes, haciendo hincapié en que este factor se refuerza más cuando la disfuncionalidad afectiva gira en torno de la madre debido a que los individuos, especialmente los jóvenes, pueden recurrir a las drogas como un mecanismo de afrontamiento para escapar de la falta de apoyo emocional y el estrés en el hogar.

Además, se señala que las familias con disfuncionalidad afectiva pueden tener una menor capacidad para supervisar y guiar a los jóvenes, aumentando la probabilidad de que experimenten con drogas y se pueden modelar comportamientos inadaptados, incluyendo el consumo de drogas, como una forma de manejar las emociones.

De esta forma, en el objetivo 5 se puede comprobar que la hipótesis: Los factores familiares en disfuncionalidad son factores de riesgo que indican un mayor consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes atendidos en el CDID es acertada, esto se demuestra en las tablas 90, 91 y 92 correspondientes a cada test familiar aplicado, y en los cuales se demuestra que, la funcionalidad familiar juega un papel crucial en la prevención del consumo de drogas entre sus miembros, teniendo notoriedad en variables como la afectividad, comunicación y la solución de problemas. Una familia funcional proporciona un entorno seguro y de apoyo que promueve comportamientos saludables y reduce los factores de riesgo asociados con el uso de drogas.

Finalmente, el último objetivo corresponde a la determinación de la interacción de los factores personales y familiares con el consumo de drogas. Para esto nos referimos a los resultados dentro de la tabla.

La Tabla 93 abarca aspectos como la frecuencia de problemas familiares reportados por diferentes grupos y las medidas de tendencia central y dispersión de otras variables, específicamente la media y la desviación estándar. En el análisis comparativo, no se identificaron diferencias significativas en cuanto a los factores de riesgo asociados a la edad de los participantes, independientemente de si presentaban o no problemas de drogadicción ($t(55,53) = 0,269$, $p = .789$).

No obstante, se detectó una asociación estadísticamente significativa entre la pertenencia a un grupo específico y la presencia de familiares con problemas de drogadicción ($\chi^2(1, N = 60) = 10,76$, $p = .001$), observándose con mayor frecuencia en la muestra clínica.

Estos datos los corroboran Mielgo y colaboradores (2012), quienes indican que esta asociación existente se debe a la presión social percibida o modelo de roles infundado por la presencia indirecta del familiar consumidor dentro de los círculos sociales del adolescente, generándose así un factor de riesgo considerable.

Adicionalmente, se encontraron otras asociaciones que, aunque inicialmente significativas, perdieron dicha significancia tras realizar ajustes por múltiples comparaciones. Estas asociaciones incluyen la presencia de intentos de suicidio en familiares ($\chi^2(1, N = 60) = 4,81$, $p = .028$), problemas de infertilidad ($\chi^2(1, N = 60) = 4.04$, $p = .044$), y experiencias de abuso, abandono o maltrato ($\chi^2(1, N = 60) = 4.32$, $p = .038$). A pesar de esto, se destacó que, en todos los casos, los participantes con problemas de adicción presentaron una mayor incidencia de estos problemas en comparación con aquellos sin adicción.

Es relevante mencionar que las familias con adolescentes que sufrían de adicción reportaron frecuencias significativamente mayores de problemas de salud críticos, lo cual subraya la gravedad y el impacto de la adicción no solo en los individuos afectados, sino también en sus entornos familiares. Este hallazgo resalta la necesidad de abordar la drogadicción desde una perspectiva integral que considere tanto a los individuos como a sus familias en el proceso de tratamiento y recuperación.

Los estudios de Edwards y colaboradores (2003) indican que las vulnerabilidades en la salud de los consumidores y sus familias tienen relaciones directas con el estrés percibido en parte de los adolescentes consumidores y consumidores cercanos al círculo familiar, afectando así las regulaciones emocionales y el control de impulsos como consecuencia de dichos estados, favoreciendo así un consumo excesivo de sustancias psicoactivas.

Bechara (2005) adiciona que los altos estados de estrés en los ambientes familiares por problemas de salud o percepciones de una falta de control o desesperanza por parte del adolescente pueden provocar una estabilización a nivel psicológico del adolescente, creando una necesidad que puede ser aprovechada por influencias externas para el consumo de drogas o estupefacientes.

El modelo de regresión logística multivariada fue implementado para evaluar la probabilidad de desarrollar una adicción a las drogas, considerando tanto variables familiares como individuales como predictores. Estas variables incluyeron la estabilidad emocional, el control cognitivo, la capacidad para resolver problemas familiares, el involucramiento emocional dentro de la familia y la presencia de problemas de salud críticos en el entorno familiar.

Los adolescentes que presentan estados considerados como clínicos con sus familias y aquellos que mantienen resultados que indican una posible disfuncionalidad familiar son más propensos a generar adicciones de acuerdo al rol de la adversidad que mantiene la familia con las adicciones (Anda et. Al., 2006; Chartier, Thomas y Kendler, 2017). Adicionalmente, los déficits en control cognitivo relacionados a una desestabilidad emocional entre los adolescentes consumidores, particularmente aquellos que con un puntaje clínico muestran características que aumentan la vulnerabilidad a la adicción (Carrion y Steiner, 2000).

En segundo lugar, la falta de habilidades para resolver problemas familiares se correlacionó con un aumento del 15.5% en el riesgo de adicción, con un intervalo de confianza del 95% que varió entre 26.6% y 2.8%. Esto sugiere que la incapacidad para manejar conflictos y resolver problemas dentro del núcleo familiar es un factor importante en el desarrollo de la adicción en

adolescentes. Por último, la insuficiente estabilidad emocional en los adolescentes se asoció con un incremento del 16.4% en el riesgo de adicción, con un intervalo de confianza del 95% que va de 27.1% a 4.1%. Esto subraya la importancia de la salud emocional en la prevención de conductas adictivas.

Las asociaciones encontradas entre la adicción en adolescentes y la presencia de otros consumidores en la familia indican una relación y asociación entre los factores ambientales y genéticos que favorecen el consumo de las drogas. Merikangas y colaboradores (1998) sostienen que la normalización del consumo dentro del hogar o en los vecindarios pueden provocar una adicción en los adolescentes, de forma similar Soler y colaboradores (2023) enfatizan existe una necesidad de implementar programas familiares que no sólo ayuden a las personas a lidiar con sus problemas, sino que también busquen cambiar los comportamientos familiares que contribuyen al abuso de drogas.

En conclusión, se puede determinar que la hipótesis: Los adolescentes que están dentro de los niveles clínicos presentan factores de riesgo en tanto su percepción personalógica como en su evaluación familiar en contraste con aquellos que son considerados sanos es considerada válida por las diversas asociaciones que se mantienen con respecto a las valoraciones sobre estados personalógicos y factores de riesgo, en donde una percepción negativa de sí mismo o su familia lleva a mayores vulnerabilidades hacia el consumo de drogas.

A nivel general, los aspectos finales de este estudio se resumen en lo siguiente. Primero, se obtuvo la caracterización de la situación y estatus social, salud, psicológico de los afectados. Según casos de este estudio y de otros la mayoría de los afectados son del sexo masculino, de edad medio entre 15 y 16 años. La mayoría de los individuos han tenido su primera experiencia con las drogas a los 11 años, y en muchos casos, se inicia desde el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco. Los lugares donde se realiza el expendio y adquisición de esta sustancia van desde los colegios, hasta los vecindarios donde habitan los afectados. Es decir, las variables sociodemográficas que son los factores de riesgo para que los adolescentes tiendan a ser consumidores de droga.

Además, se presenta como factor causal la baja o nula supervisión de los familiares de los afectados y la no comunicación o concientización a tiempo acerca de esta problemática. Adicionalmente, se descubre los factores de estados de cambio en los adolescentes consumidores,

y los factores de riesgos causales de esta problemática. Los factores se atribuyen como causal principal son los problemas familiares y la separación de las figuras paternas y maternas.

Las variables sociodemográficas que se atribuyen a los casos de consumo de drogas en adolescente datan de sitios de menos vigilancia de autoridades y de los familiares, el cual conduce a dicha problemática. Además, se da un alarmante caso que, dentro de los colegios, la adquisición de esta droga va en alza, dado por los casos analizados dentro de este estudio.

Como punto final sobre todo lo acotado anteriormente en la discusión de resultados, se puede decir que las variables sociodemográficas influyen en gran medida sobre los adolescentes consumidores de la droga “H” que son atendidos en el CDID, pues se pudo demostrar y corroborar que este aspecto influye de manera directa tanto en la frecuencia de consumo de drogas en adolescentes como en la magnitud con que se presentan los efectos derivados de esta actividad.

El acceso con relativa facilidad a sustancias psicotrópicas de diversas índoles, la exposición a factores de riesgo, el género, nivel socioeconómico y ausencia de ocupación o profesión, resultan en adolescentes que tienden a ser mucho más vulnerables al consumo de drogas debido a la búsqueda de nuevas experiencias, la presión de grupo y la menor percepción de riesgo, por lo que hay que dirigir la mirada hacia el apoyo comunitario, el acceso a la educación y los servicios de salud, la comunicación abierta y el apoyo emocional dentro de las familias.

Así mismo, los factores personológicos y la disfuncionalidad familiar constituyen un punto de inflexión en el consumo de la droga “H” en los adolescentes atendidos en el CDID. En primera instancia debido a que los consumidores clínicos presentan características como agresividad, depresión o baja autoestima que los llevan a la búsqueda de satisfacción inmediata y que hace que sean mucho más influenciables por encontrar en los estupefacientes una forma de afrontamiento rápido ante diversas situaciones adversas presentes en su día a día. Mientras que, por el lado de la disfuncionalidad familiar, son los bajos niveles de comunicación, apoyo, resolución de problemas y afectividad los que producen mayores acercamientos de los adolescentes hacia las drogas.

Capítulo VI.

A MODO DE CONCLUSIONES

El presente trabajo doctoral tuvo como objetivo crear una propuesta de intervención psicosocial dirigido a adolescentes consumidores de la sustancia H en la ciudad de Guayaquil-Ecuador, A través de un enfoque cuantitativo y cualitativo, se analizaron dos estudios que permitan determinar la caracterización de adolescentes en situación de consumo de drogas, atendidos en un centro ambulatorio y luego la comparación de los factores personales y familiares de adolescentes consumidores que reciben tratamiento en un centro de internamiento y adolescentes sanos que asisten a centros de salud, ambas muestras provenientes de sectores urbano-populares, con alto riesgo de consumo.

El primer estudio reveló que, dentro de la caracterización de los adolescentes consumidores en Guayaquil, la mayoría son hombres estudiantes de entre 15 y 16 años, cuya edad de inicio del consumo es a los 11 años. Posteriormente, estos jóvenes desarrollan un policonsumo de sustancias de manera diaria o semanal. Las familias de estos adolescentes suelen mostrar actitudes de apoyo para el abandono del consumo, mientras que los consumidores buscan colaboración y están predispuestos a recibir ayuda.

En relación con los factores causales del consumo de sustancias en los adolescentes derivados al CDID, estos responden a diversos motivos. Entre ellos, se destaca la facilidad de acceso a las sustancias en su entorno, lugares como los colegios donde pueden consumir junto a sus compañeros y las múltiples dificultades que enfrentan, principalmente las problemáticas con los padres, las cuales generan un nivel de estrés que provoca cambios en su comportamiento y actitud como mecanismo de adaptación. El consumo termina provocando consecuencias negativas físicas como mareo, vomito o sueño, y consecuencias psicológicas como agresividad o ansiedad. Los factores protectores se manifiestan en su mayoría por el apoyo familiar, en donde este apoyo se manifiesta en el deseo de la consideración del abandono del consumo para la mejoría del estado del adolescente.

La relación de las variables sociodemográficas, factores protectores, de riesgo y efectos del consumo de drogas indican resultados como que el consumo de los hombres se realiza mayoritariamente a diario mientras que el de las mujeres consumen de forma más activa semanal o mensualmente, sin relación aparente entre el consumo y su ocupación estudiantil, mientras que los valores de los estresores y de riesgo indican que las problemáticas familiares si son relacionables con el consumo dentro de espacios escolares. Es necesario mencionar que la consecuencia más frecuente de los mareos y vómitos por consumo se presentan en la mayoría de los consumidores independientemente de las frecuencias de consumo. Finalmente, los estados de cambio inciden directamente en los deseos de contemplación hacia el cambio en los adolescentes, siendo este factor protector una variable que se relaciona hacia el accionar y la percepción de apoyo del adolescente.

El segundo estudio encontró que, de acuerdo con los resultados de las pruebas psicométricas aplicadas a los adolescentes consumidores, la personalidad de los evaluados clínicos se destacó al ser más irritables, ansiosos, inseguros, agresivos, con más deseos de liderazgos y genuinidad en sus decisiones, pero con poca adaptación al ambiente y a las personas al mostrarse más introvertidos; así mismo sus factores protectores identificados se alinean a un entendimiento de la realidad y el deseo de conseguir amistades y la aceptación de buscar apoyo espiritual.

Los evaluados sanos por otro lado se presentan personológicamente más confiados en sí mismos, independientes, pero sin deseos de liderazgo, y con una inseguridad marcada en sus decisiones de presentarse al resto; sus factores protectores muestran un deseo más frecuente a las distracciones, a las actividades exigentes, pero con rechazo a la idea del escape y el apoyo espiritual. De forma consensa, ambos grupos se manifiestan con riesgos de baja autoestima, poco sociables en general, con tendencias a la agresividad y a la deseabilidad social, aspirando al apoyo de sus familias y una búsqueda al cambio.

Los análisis sobre la funcionalidad familiar muestran que, en la muestra evaluada clínicamente, las familias presentan dificultades significativas en la definición de roles y en el control de las conductas. Sin embargo, demuestran una leve capacidad para resolver problemas, lo que sugiere que estas familias tienden a ser más cohesionadas y comprensivas en comparación con las familias de los individuos sanos. Por otro lado, las familias de los participantes sin problemas clínicos, aunque son más eficientes en la resolución de problemas y en la expresión de respuestas

emocionales, presentan casos con niveles más marcados de posibles disfunciones, especialmente en lo que respecta al funcionamiento general y a la apertura para el aprendizaje. Esto indica que, a pesar de su practicidad, pueden enfrentar desafíos significativos en algunas áreas críticas de la dinámica familiar.

Las estadísticas descriptivas mostraron la frecuencia y los tipos de problemas familiares entre los grupos, sin revelar diferencias significativas en edad y funcionamiento familiar entre adolescentes con y sin adicción. No obstante, se encontró una asociación significativa entre el estado de adicción y la presencia de otros miembros de la familia con adicción, lo que sugiere patrones familiares en el abuso de sustancias. Se destacan diferencias críticas en el control cognitivo entre ambos grupos, con puntuaciones por debajo de las normas de desarrollo en general, y puntuaciones particularmente bajas en los adolescentes con adicción.

Cabe recalcar que, aunque se observaron posibles asociaciones con problemas familiares como intentos de suicidio, infertilidad y diversas formas de maltrato, estas no resultaron significativas después de ajustar por comparaciones múltiples. El análisis multivariado resalta problemas críticos de salud dentro de la familia, habilidades deficientes para resolver problemas familiares y problemas emocionales inadecuados.

Es importante destacar que la interacción de los factores personales y familiares con el consumo de drogas muestra correlaciones entre la estabilidad emocional, el control cognitivo, la capacidad para resolver problemas familiares, el involucramiento emocional dentro de la familia y la presencia de problemas de salud críticos en el entorno familiar como posibles detonantes para desarrollar una adicción a las drogas.

De la misma forma falta de habilidades para resolver problemas familiares y la insuficiente estabilidad emocional en los adolescentes corresponde a factores correlacionados y asociados respectivamente para el riesgo de adicción de drogas, principalmente por la incapacidad del adolescente para manejar conflictos y resolver problemas dentro del núcleo familiar.

LIMITACIONES

Una limitación importante de este estudio fue la muestra en su mayoría incluyó a una población mayoritariamente masculina y de ocupación estudiantil, si bien corresponde a los índices demográficos más comunes para el consumo de droga, esto puede delimitar la generalización de los resultados hacia grupos femeninos o aquellos sin estudios. Futuras investigaciones podrían ampliar la muestra o considerar una muestra intencional para poder corroborar estos resultados en aquellos grupos poblacionales de adolescentes que no alcanzaron un porcentaje de mayoría en la ciudad de Guayaquil.

Otra restricción a resaltar fue que, para el análisis de los casos, fue necesario la aplicación de diversos instrumentos dirigidos, no solo para la muestra de adolescentes, sino también para sus padres o cuidadores, sin embargo estos grupos poblacionales fueron más reacios a responder, ausentándose con mucha más frecuencia que los adolescentes, por lo que no se pudo obtener una muestra considerable de padres en contraste con la muestra de adolescentes; una muestra equiparable entre ambas poblaciones podría develar resultados menos homogéneos que los obtenidos en las categorías de análisis familiar.

Una posible limitación de este estudio sobre la adicción a las drogas en adolescentes es que los resultados solo son representativos de la población de la ciudad de Guayaquil. Esto limita la generalización de los hallazgos a otras ciudades importantes de Ecuador, como Quito o Cuenca, donde las características socioeconómicas y culturales pueden diferir significativamente. Esto es importante, por como el contexto sociodemográfico a la actualidad posiciona a Guayaquil como una ciudad con alta influencia de grupos delictivos relacionados con el crimen organizados para la distribución de drogas, particularmente la “H”.

Finalmente, considerando la interpretación de los resultados, todos estos se basan en instrumentos que, aunque son válidos, pueden no reflejar con total precisión la realidad latinoamericana, en particular con las nuevas modernidades de la sociedad ecuatoriana. Estos instrumentos fueron diseñados en contextos diferentes, y aunque su adaptación se ha realizado cuidadosamente, es posible que no capturen todas las particularidades culturales y sociales de la región en contraste con la población original donde se desarrollaron.

CONTRIBUCIONES A LA INVESTIGACIÓN

La contribución de esta investigación al desarrollo de la ciencia y al progreso nacional radica en que la problemática del consumo de drogas en los adolescentes es una amenaza constante a las familias y a los jóvenes, y sin embargo dentro de Ecuador no existe información científica y estadística oficial, como tampoco programas adecuados y personal médico-psicológico preparado para enfrentar las consecuencias del consumo de la droga H; presentando graves desafíos a las autoridades de gobierno, sanitarias, educativas, seguridad y familias. Por esta razón, el aporte a la ciencia de este modelo de intervención es la consideración de como las características personales, familiares, sociales y contextuales del sujeto que consume, el reconocimiento de la fuerza de la influencia social de pares al interno del contexto escolar, la condición de la autoestima y otros factores personales inciden directamente en los adolescentes y sus familias en el proceso de consumo y rehabilitación de las sustancias psicoactivas, especialmente la droga H.

Además, el estudio enriquece el campo de la prevención y tratamiento de adicciones al presentar un modelo de intervención que integra diversos factores sociales, familiares y comunitarios. Al considerar estos elementos, la investigación ofrece una comprensión más amplia y profunda del problema, reconociendo la complejidad de las adicciones y la necesidad de abordarlas de manera holística. Este enfoque multidimensional no solo mejora la efectividad de las intervenciones, sino que también promueve un cambio más sostenible en el comportamiento de los adolescentes.

Por último, la investigación fomenta la colaboración entre diferentes instituciones, como las educativas y de salud, fortaleciendo la red de apoyo para los jóvenes en riesgo. Esta colaboración interinstitucional es crucial para crear un entorno de apoyo que facilite la recuperación y prevención. Además, el estudio contribuye significativamente a la base de datos sobre adicciones en América Latina y Ecuador, proporcionando información valiosa que puede guiar futuras investigaciones y la formulación de políticas públicas en la región. Esto no solo ayuda a mejorar las intervenciones locales, sino que también ofrece insights que pueden ser aplicados en otros contextos similares, ampliando así su impacto positivo.

FUTUROS DESARROLLOS

A partir de las experiencias de la investigación y en contraste con otros estudios discutidos con anterioridad a nivel local e internacional, dentro del campo de estudio del tratamiento a las NSP, se muestran diversas posibilidades de investigación:

- Estudio para el desarrollo de propuestas que fortalezcan la cohesión y el incentivo familiar para los procesos de rehabilitación de los adolescentes consumidores.
- Estudio que se centre en las características psicosociales de adolescentes mujeres consumidoras de la sustancia H.
- Estudios que contrasten la veracidad de las características sociodemográficas y factores de riesgo de adolescentes en otras provincial de alto riesgo de consumo en Ecuador, como Esmeraldas y Manabí.
- Desarrollo de investigaciones que validen la efectividad del plan de intervención psicosocial dentro del contexto cambiante de la ciudad de Guayaquil, que tributen a las necesidades actuales de la población y a los impactos sociopolíticoculturales de la época.
- Implementación de las nuevas tecnologías y herramientas digitales para la intervención o seguimiento de los adolescentes consumidores y sus familias.
- Implementación de estudios que exploren la participación activa de las familias y comunidades en el proceso de intervención y acompañamiento de los adolescentes consumidores
- Aplicación de propuestas de intervención psicosocial que contrasten resultados de las implementaciones exitosas de las intervenciones entre áreas rurales y urbanas dentro de Ecuador.

En resumen, este estudio contribuye al entendimiento de la caracterización de los adolescentes en situación de consumo y como se relaciona esta situación con los factores personales y familiares. Los hallazgos subrayan la necesidad de un control más comprensivo en la dinámica familiar y controles regulatorios en los espacios escolares para reducir los niveles de riesgo de consumo para los adolescentes, puesto que los factores protectores y familiares ya inciden positivamente para el desarrollo al cambio de los adolescentes, por lo que el control sobre el proceso es esencial y crítico para una adecuada evolución.

Capítulo VII

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE LA SUSTANCIA LLAMADA “H”

DIRIGIDO A: Adolescentes escolarizados

1.- INTRODUCCION

En la descripción del marco referencial de nuestra propuesta se coloca a los actores con un papel activo y protagónico, considerando la iniciativa, participación, voluntariedad, colaboración y apoyo de los adolescentes, familias, docentes y vecinos de las comunidades por lo que su compromiso se incentiva a la adherencia de su participación al tratamientos de consumo de droga, siendo contemplado como un tratamiento complementario a los procesos de tratamientos residencial y ambulatorio de desintoxicación en la ciudad de Guayaquil, que incluye factores sociales, culturales y personales comprometidos en el desarrollo de los adolescentes consumidores de droga H, por tal razón se ha seleccionado la estrategia de la animación socio-cultural para el desarrollo del plan de acciones en la intervención, para fortalecer los factores de protección en el ámbito personal, familiar y educativo que son los escenarios de riesgo en los cuales se propician factores precipitantes al consumo de drogas, y el mantenimiento del mismo. La animación socio-cultural permite la actuación en los tiempos libres, la socialización de los adolescentes y el trabajo de su entorno social excluido

2.- MARCO TEORICO

La intervención psicosocial se fundamenta en los siguientes supuestos:

- a) Un modelo de sujeto socio-histórico y activo.
- b) Un modelo de salud alejado de la enfermedad y centrado en el bienestar.

c) Un dominio de actuación no solo psicológico-individual (interno), sino psicosocial (actuar sobre el modelo relación-sujeto) y/o directamente macro o micro social directamente comprometido con el cambio (Blanco, 2007).

2.1. Estructura de la propuesta: bajo la perspectiva social

Blanco (2007) en su libro Fundamentos de la Intervención psicosocial, propone un modelo de intervención psicosocial:

- *Salud física y mental*: la educación para la salud en la comunidad (véase, Capítulo 4), la prevención/intervención a través del desarrollo de hábitos de crianza y cuidado, la intervención de crisis con víctimas de catástrofes (véase, Capítulo 14), la formación de para-profesionales, voluntarios o mediadores sociales en tareas sanitarias, educativas o sociales (véase, Capítulo 10), la planificación, organización y mejora de servicios de salud, los programas de habilidades sociales, etc.

- *Servicios sociales*: la orientación e información, la promoción y cooperación social, la ayuda a domicilio (véase, Capítulo 11), la facilitación de la convivencia, la intervención en familias disfuncionales, la infancia (véase, Capítulo 6) y los adolescentes de riesgo (véanse, capítulos 4 y 10), los problemas de la mujer y de la vejez, la prevención de la marginación y delincuencia juvenil, los programas de habilidades sociales, etc.

- *Justicia*: la ayuda en la rehabilitación de internos carcelarios, la formación y capacitación psicosocial y educativa de internos, las alternativas al internamiento carcelario, los programas de habilidades sociales, la violencia política (véanse capítulos 7 y 9), etc.

- *Trabajo y Organizaciones*: las consecuencias del desempleo, la salud laboral, la prevención del estrés laboral, la promoción de la calidad de vida laboral, la inserción social y profesional de desempleados de larga duración, la promoción de la satisfacción laboral, la reinserción social, la prevención de disfunciones en la empresa (alcoholismo, absentismo, siniestralidad,...), el bienestar humano en la empresa, la prevención de los efectos negativos de la jubilación, los programas de habilidades sociales, etc.

- *Educativo*: escuelas de padres, prevención de las drogodependencias (véase, Capítulo 13), promoción de conductas saludables, prevención de la violencia, complementación educativa o extracurricular a estudiantes social o culturalmente deprimidos o en desventaja, programas de habilidades sociales, etc.

- *Socio-ambiental*: la animación socio-cultural, las actividades y talleres dirigidos a la comunidad o grupos específicos (véase ejemplos en los capítulos 4, 9, 10 y 14), las actividades recreativas desde centros cívicos con finalidad comunitaria, la dinamización deportiva ligada a la prevención de grupos de riesgo (véase, Capítulo 5), etc.

- *Cultural, tiempo libre, deporte*: el diseño de entornos físicos con un impacto comunitario específico, la participación comunitaria en planes de intervención urbana, la personalización de espacios interiores y abiertos. (Blanco, 2007, p. 58)

3.- OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

Proponer un modelo de intervención psicosocial que transforme a las y los adolescentes en sujetos activos, participativos y protagonistas de la reconstrucción de su entorno social, histórico y político que favorezca su prevención de recaídas al consumo de drogas.

3.1. Fines y objetivos para actores políticos, sociales y comunitarios

Es importante que, al proponer políticas públicas, planes, programas y proyectos para el tratamiento de consumo de drogas en adolescentes se contemple una Perspectiva macro social, a partir de esta se des construya la hegemonía institucional deshumanizante, patologizante, discriminatoria, excluyente de los adolescentes para su desarrollo y crecimiento como ciudadanos en el marco de la justicia y la paz. Luego que los adolescentes han cumplido su proceso de reinserción social, en estas comunidades de riesgo y vulnerabilidad, y marginación social que les permita lograr la prevención de recaída en el consumo de drogas.

En relación a las autoridades, instituciones los fines y objetivos, serían los siguientes:

- Construir diálogos con los diferentes actores de las instituciones públicas y privadas del sector salud, relacionadas con el tratamiento del consumo de drogas en adolescentes para descentralizar la hegemonía del enfoque biomédico e incorporar la perspectivas sociocultural, que permita a las autoridades, servidores públicas y actores tomadores de decisión garantizar la participación y restitución de los derechos de las y los adolescentes, y sus obligaciones como ciudadanos y ciudadanas de la sociedad ecuatoriana.

- Regular por parte del estado a los medios de comunicación la difusión de necesidades, intereses, banales que sostienen un sistema consumista donde se pierden los valores y normas, importantes para un ser humano digno, que tenga la posibilidad de rebelarse, cuestionar el entorno social, que normaliza e invisibiliza el consumo de las drogas que lo somete, alienándolo y reproduce comportamientos disruptivos de una sociedad afectada incluso por el narcotráfico.

- Propiciar entornos educativos saludables, que requiere un trabajo conjunto con las instituciones y gobiernos locales para que abandonen la mirada de la criminalización al consumidor y lo observe como un sujeto. Dándose cumplimiento a la educación inclusiva, que permita la reinserción escolar y manejo de los adolescentes que han cumplido con el tratamiento.

- Capacitar a docentes, profesionales de la salud, proveedores de justicia y medios de comunicación hacia reconstruir esa mirada social de un sujeto descalificado, cosificado, arrebatando al adolescente su derecho a la identidad promovido especialmente por los medios de comunicación e institucionalizada por las instituciones de educación, salud y justicia.

- Generar una formación interdisciplinaria para los equipos desde lo médico, psicológico, legal, pedagógico para el abordaje de estos adolescentes en consumo, y de esta manera desinstitucionalizar acciones de reprobación, rechazar, excluir y poner barreras para el acceso al derecho de la educación, salud, justicia y equidad en un contexto de paz enfrentando los conflictos que conlleva el consumo de las drogas en los adolescentes.

- Fomentar comunidades solidarias, que construyan un ciudadano digno, autónomo, desarrollando sus potencialidades, esto permita crecer el cooperativismo, lograr una conciencia política, ser participativos, demandantes, y mandantes. Que desarrollen solidaridad, trabajo colectivo, altruismo, equidad, la autogestión, los proyectos comunitarios, las ollas comunes.

- Fomentar la organización comunitaria para dejar de invisibilizar y legitimar una cultura de consumo de drogas, donde estas comunidades ofrezcan espacios seguros, dignos, teniendo en cuenta la pobreza, y las necesidades, así prevenir la pérdida de su identidad que propicia llegar muchas veces a las grandes ciudades, y así no perder su riqueza cultural de sus lugares natales.

- Que se rescate el folclore, la cultura, la cosmovisión.

- En donde se ve una explotación del docente que debe asumir a dichos adolescentes sin ser su competencia y cometiendo errores en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

- Política e ideología de un país trabajando en qué clase de ciudadano está construyendo la política neoliberal que produce cada vez más consumidores, que ante la falta de oportunidades de los jóvenes los vuelvan a la frustración, impotencia, sufrimiento de sentirse una clase social excluida. Desde la política, la mirada central es invertir en seguridad pero se niega a la vez el acceso a las oportunidades a los jóvenes, lo cual se constituye un factor de riesgo negándole el acceso a salud a educación de calidad, a tener una voz, a exigir sus derechos, a tener garantías de desarrollarse en un entorno de paz.

Existe una priorización en los factores económicos y de producción donde se pierde la mirada social de aquel sujeto que es, promoviendo a través de los medios de comunicación, Se necesita que la leyes deben estar dirigidas a la protección del adolescente, dar cumplimiento a los códigos y convenciones de organismos internacionales para su protección, esta falta de inversión ha puesto en vulnerabilidad a los adolescentes que ahora son víctimas de la criminalidad al ser captados para formar parte de bandas de delincuencia organizada, como actores que ejecutan los delitos para estas bandas. Situación que es criticada y juzgada por la sociedad porque al ser adolescentes no son sujeto de condenas por los crímenes cometidos de la misma manera que a los

adultos, predisponiéndolos para ser utilizados y la re victimización. Estos adolescentes son pobres, excluidos, de comunidades marginales, donde existen familias disfuncionales, violencia y que pertenecen a las grandes urbes siendo marginados.

3.2. Perspectiva micro social desde el adolescente, familia y pares

Diseñar acciones donde el adolescente sea reconocido activamente, sea una sesión, consulta, donde se respeten sus derechos, que incluya talleres participativos que den cuenta de su compromiso, activación, participación que pueda generar incidencia en la política en su lugar como sujeto que afronta la discusión, sobre la falta de protección, ser ellos el punto focal de la distribución tráfico de drogas, que logren tener una voz que logre oponerse, alzar su voz y posponer el consumo retornar al individuo una posición crítica en la que tenga la posición crítica, de las causas de un consumo que pondría en riesgo su bienestar. La postura crítica frente al consumo que le permita discernir el porqué, incluyendo a la familia para empoderarse y proteger frente a los grupos de traficantes. Convertirse en real red de apoyo:

- Mediante las técnicas se vuelva un sujeto socio histórico activo a través de talleres que aborden lo cultural, su identidad.
- Que ocurrió para que ese sujeto se haya convertido en un alienado.
- Porque hay grupos de jóvenes que son funcionales, participan en actividades académicas y sociales.
- La propuesta considera los factores que podrían incidir en la recaída del individuo ocasionando un malestar subjetivo y empoderarlo.
- El sujeto se vuelve activo, y exija los derechos a un servicios con enfoque de derecho, digno y con una perspectiva de género donde no hayan métodos violentos, que exija respeto y proteste contra métodos excluyentes que los reduce a síntomas y signos, que no lo ve como sujeto avanzado y estructurado social.
- Que las instituciones se asocien a necesidades.
- Que se incluyan los estados de cambio y la demanda.

4.- MEDIDAS Y ACTUACIONES (COMPROMISOS Y TAREAS ESPECÍFICAS)

Como trabajar con cada ámbito:

- Salud.

- Salud, estadios de cambio, fortalecer las entrevistas de acogida, con un trato más humanizado. Los adolescentes pueden no ver a las internaciones como un lugar de apoyo. Como el sistema de salud asistía a la salida del consumo, aliviando la afectación física y llevando a la desintoxicación.

- Asistir a los adolescentes en los procesos madurativos que se vieron afectados durante el consumo. Centrándose en la prevención y promoción de la salud, además atendiendo los efectos del consumo de la droga H que podría afectar el desarrollo biológico, madurativo, hormonal, físico, endocrino, de los adolescentes.

- Político.

- Exigibilidad de derecho, performance, plantones, manifiestos, elaboración de proyectos, asambleas populares, mesas de trabajo para generar propuestas.

- Educativo.

- Talleres de sensibilización ante la problemática y el manejo del adolescente con comportamiento de riesgo y consumo, generar conversatorios sobre el apoyo social por parte de la institución educativa hacia los adolescentes que han recibido tratamiento por consumo de drogas.

- Promover la sensibilización entre docentes para luego ser potencialicen como red de apoyo a los adolescentes que están en rehabilitación

- Promover grupos de padres de familia que garantice la protección de niños en trabajo conjunto con la policía ante la presencia de micro traficantes

- Formación para los padres de familia en la creación de clubes de padres para organizar campeonatos, olimpiadas, y actividades recreativas con su entorno familiar dentro de la escuela.

- Construcción de espacio donde se den las expresiones artísticas, culturales, donde se fomente y se enseñe con libertad por parte de los adolescentes, con la presencia de adultos y personas que garanticen la seguridad.
- Promover la organización de actividades artísticas para los adolescentes y sus familias donde se exhiben poesía, oratoria, actuación y otras actividades.
- Formación de comités barriales con líderes comunitarios.

5. METODOLOGIA

Metodología: la propuesta se desarrollará por medio de la metodología de Investigación Acción-Participante (IAP) que se la utiliza como estructura de cada sesión para implementar las técnicas psicosociales particularmente la animación socio cultural

6. FASE DE EJECUCION O PLANIFICACION

Objetivo: Lograr la participación, voluntariedad y compromiso de los actores involucrados en los problemas de droga H.

Presentación y socialización con los adolescentes, familias, docentes y autoridades de centros educativos:

- Presentación del plan de acción.
- Socialización de la metodología.
- Establecer encuadre.

PROCESO DE INTERVENCION DE LA IAP

- Familiarización.
- Identificar las necesidades.
- Plan de acción.
- Evaluación de los resultados.
- Reflexión.
- Resultados esperados.

*** Actividad adolescente:**

Actividad el adolescente y su conexión con su cuerpo. Hablar con el cuerpo expresión del estado emocional sin la necesidad del consumo de drogas.

- Presentaciones de danza y teatro, realización de charlas, conferencias y seminarios sobre su bienestar corporal.
- Actividades culturales
- Conciertos, exhibición de cine o video,

*** Actividad escuela:**

- Creación de los grupos de ocio productivo y recreativo en las escuelas.
- Escuela cultural Comunidad. Educativa, artística, deportiva, científica, recreativa, para el desarrollo de una sociedad.

*** Actividad para la comunidad**

- Recuperando entornos seguros y saludables para los adolescentes en su comunidad
- Fase de diagnóstico de los resultados y reflexión de conocer las ideas de los factores de riesgo y de protección con los actores involucrados.
- Discusión reflexión con los actores sobre el diagnóstico de factores de riesgo.
- Técnicas: conversatorio para evaluar la percepción de factores de riesgo y protección para validar la problemática personal, contextos educativos, familiar y comunitaria del consumo de droga para la prevención de las recaídas de consumo de droga ellos adolescente.
- Grupos de familias como gestoras de cambio en sus comunidades.

Capítulo VIII

ANEXOS

Anexo 1

Inventario de afrontamiento COPE (1)

INVENTARIO DE AFRONTAMIENTO COPE

DATOS

EDAD: _____ SEXO _____

CODIGO INICIALES DE SU NOMBRE Y APELLIDOS _____

El presente instrumento A-COPE (Patterson & McCubbin, 1991) analiza los comportamientos de afrontamiento utilizados por los adolescentes para enfrentar situaciones estresantes generales.

Entonces responda a cada uno de los siguientes ítems marcando el número que corresponda, utilizando las opciones de respuesta que se presentan abajo. Por favor, intente responder a cada ítem de forma separada a los demás.

Elija sus respuestas cuidadosamente, y responda de la forma más sincera que le sea posible. Por favor responda todos los ítems. No hay respuestas correctas o incorrectas, de modo que elija la respuesta que más se le ajuste a USTED, no la que usted piense que la mayoría de la gente diría o haría. Indique lo que USTED habitualmente hace cuando experimenta un acontecimiento estresante.

1 = Casi nunca lo hago

2 = A veces hago esto

3= Usualmente hago esto

4= Hago esto con mucha frecuencia

Anexo 2

Inventario de afrontamiento COPE (2)

		1	2	3	4
1	Haces caso a los consejos y normas de tus padres				
2	Intentas divertirte y no tomarte las cosas mal				
3	Pides disculpas a las otras personas				
4	Escuchas música				
5	Hablas de lo que te molesta o preocupa con algún profesor/a, o tutor/a de la escuela				
6	Te gusta comer				
7	Intentas estar fuera de casa el mayor tiempo posible				
8	Participas o te implicas más en actividades de la escuela				
9	Compras cosas que te gustan				
10	Intentas hablar con tus padres y encontrar soluciones				
11	Intentas mejorar (ponerte en forma, mejorar las notas, etc.)				
12	Lloras				
13	Intentas pensar en los aspectos agradables de tu vida				
14	Tienes novio o novia				
15	Dices cosas amables y afectuosas a los demás				
16	Te enojas y le gritas a los demás				
17	Haces bromas (bromeas), y mantienes el sentido del humor				
18	Hablas con un sacerdote o religioso (cura, pastor, etc.)				
19	Te desahogas quejándote en casa				
20	Vas a la Iglesia o lugares de culto				
21	Organizas tu vida y lo que tienes que hacer				
22	Dices palabrotas (malas palabras/insultos)				
23	Trabajas duro en los deberes o en otros proyectos de la escuela				
24	Culpas a los demás de las cosas que te pasa				
25	Buscas estar con personas que te aprecian				
26	Intentas ayudar a los otros a resolver sus problemas				
27	Hablas con tu madre de lo que te preocupa				
28	Te dedicas a algún hobby o afición				
29	Intentas mantener las amistades o hacer nuevos amigos				
30	Te dices a ti mismo/a que el problema no es importante				
31	Vas al cine				
32	Hablas con tu hermano o hermana de cómo te sientes				
33	Trabajas duro en las cosas que tienes que hacer				
34	Haces cosas (actividades) con tu familia				
35	Fumas				
36	Ves la televisión				
37	Rezas				
38	Intentas ver las cosas buenas en situaciones difíciles				
39	Bebes cerveza, vino u otras bebidas alcohólicas				
40	Duermes				
41	Eres desagradable con la gente, eres sarcástico (irónico, mordaz)				
42	Hablas con tu padre de lo que te preocupa				
43	Te desahogas quejándote con tus amigos o amigas				
44	Hablas con un amigo sobre cómo te sientes				
45	Juegas videojuegos o juegos de internet				
46	Haces algún ejercicio físico agotador (correr, nadar, etc.)				

Anexo 3

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) (1)

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.



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

Anexo 4

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) (2)

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

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Inventario de características familiares de riesgo (mide la criticidad de las familias)

Marque con una X si han existido estas características en la familia en el último año	
Contexto socio económico y cultural de la vida familiar.	
1. Economía familiar crítica.	
2. Predomina el bajo nivel educacional en los adultos jefes de familia.	
3. Ambiente comunitario insalubre.	
4. Existe un miembro en la familia apto para trabajar y no trabaja.	
5. Condiciones inseguras de la vivienda (estado técnico).	
6. Hacinamiento.	
7. Déficit de alguno de estos servicios en el hogar: agua, sanitarios y electricidad.	
8. Ausencia de alguno de estos equipos básicos (refrigerador, televisor).	
Composición del hogar.	
9. Convivencia de tres y más generaciones.	
10. Un solo progenitor al cuidado de hijo(s) menor(es).	
11. Convivencia de <u>ex parejas</u> en el hogar.	
12. Menores al cuidado de abuelos o tutores (no hay padres en el hogar).	
13. Hogar de reconstitución múltiple (cambio de más de dos parejas).	
Procesos críticos normativos.	
14. Nuevo matrimonio en el hogar.	
15. Niño menor de un año en el hogar.	
16. Embarazada en el hogar.	

Anexo 5

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) (3)

17. Adolescente en el hogar.	
18. Senescente en el hogar.	
19. Salida hijo (a) del hogar (nido vacío).	
Procesos críticos de salud.	
20. Algún integrante con descompensación de su enfermedad crónica.	
21. Problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias en la familia.	
22. Embarazo o madre adolescente.	
23. Algún integrante de la familia es bebedor de riesgo o adicto a bebidas alcohólicas.	
24. Algún integrante de la familia es adicto a sustancia ilícita.	
25. Algún integrante de la familia con VIH-SIDA.	
26. Algún integrante de la familia con cáncer.	
27. Algún integrante de la familia es discapacitado físico y/o mental.	
28. Algún integrante de la familia está en fase terminal.	
29. Algún integrante de la familia con conducta suicida.	
30. Problemas genéticos.	
31. Problemas de infertilidad y/o concepción.	
32. Manifestaciones de abuso, negligencia, maltrato o abandono.	
Procesos críticos paranormativos.	
33. Algún integrante presenta conducta antisocial.	
34. Pareja en proceso de separación o divorcio.	
35. Familia en duelo por muerte de un integrante.	
36. Pérdida material por accidente, catástrofe o una propiedad.	
37. Algún integrante presenta conflicto laboral.	
38. Algún miembro joven se encuentra desvinculado del estudio.	
39. Incorporación o reincorporación al núcleo de uno o más integrantes.	
40. Separación eventual (misión u otro motivo).	
41. Algún integrante preso.	
Afrontamiento familiar.	
42. Rehúsan y/o dilatan la atención de salud.	
43. Tendencia a no cumplir o subvalorar las indicaciones terapéuticas.	
44. Utilizan medios de curación espirituales en sustitución de los médicos.	
45. Existen creencias y/o prácticas religiosas perjudiciales a la salud.	
46. Mala higiene en el hogar.	

Apoyo social.	
47. La familia no cuenta con apoyo de otros familiares fuera del núcleo.	
48. Carencia de algún servicio básico de salud necesitado.	
49. Cuenta con pocos recursos de apoyo comunitario (vecinos, organizaciones e instituciones).	
50. La familia manifiesta signos de aislamiento social.	

TABLA. Matriz de salud familiar

	Críticidad leve a moderada		Críticidad severa a extrema	
Relaciones intrafamiliares disfuncionales	3-0	3-1	3-2	3-3
	2-0	2-1	2-2	2-3
Relaciones intrafamiliares funcionales	1-0	1-1	1-2	1-3
	0-0	0-1	0-2	0-3

Anexo 7

Consentimiento Informado (1)



HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE DEL PRESENTE ESTUDIO SOBRE FACTORES PERSONALES Y FAMILIARES DIFERENCIADORES ENTRE ADOLESCENTES CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES DE DROGAS.

¿Cuál es el objetivo del estudio?

Este estudio, en el que se le invita a participar, pretende mejorar la prevención y tratamiento a pacientes consumidores de drogas, incluido la sustancia llamada "H". Para obtener estos fines, se le solicita consentimiento para una evaluación a través de pruebas de autoinforme.

1. ¿Qué tiene que hacer si decide participar en el estudio?

Si usted acepta participar tendrá que rellenar una serie de cuestionarios. Por favor, realice estas tareas con la mayor sinceridad y precisión posible.

La participación en este estudio es **totalmente voluntaria**. Por tanto, es totalmente libre para decidir si participa o no en el mismo. Una vez que decida participar, también debe saber que es libre de abandonar el estudio en cualquier momento del mismo, y sin necesidad de proporcionar ninguna explicación.

2. ¿Qué pasará con sus datos?

Los resultados de todas las pruebas serán utilizados única y exclusivamente para los objetivos del estudio y serán tratados por el equipo de investigación de manera **totalmente confidencial**. No será identificado por su nombre en ninguno de los registros del estudio, excepto en el consentimiento informado. Para todos los análisis se le asignará un código asociado a sus datos, y sólo los miembros del equipo investigador tendrán acceso a ese código, **de tal forma que sus datos personales y los datos de las pruebas nunca serán asociados entre sí**. Así, todos los datos recogidos sobre su participación en este estudio serán considerados como confidenciales y sólo serán utilizados por los investigadores para finalidades científicas. En caso de comunicar estos resultados a la comunidad científica, se **mantendrá su identidad en el anonimato usando un código o sus iniciales**. En la Constitución de la República del Ecuador 2008 registro oficial # 449, en el art. 66 literal 19, se respalda el derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la ley.

Su participación en este estudio es voluntaria y en cualquier momento, si lo desea, puede usted renunciar a seguir en el mismo sin que esto le suponga perjuicio alguno.

Ninguno de los investigadores recibe compensación económica por este proyecto.

Para más información puede contactar con:

Maria del Carmen Quinde Reyes (Responsable del proyecto)

Correo institucional: maria.quinder@ug.edu.ec

Celular: 0993784350

Si está de acuerdo en participar en este estudio, por favor, lea y firme el consentimiento informado en la siguiente página:

Anexo 8

Consentimiento Informado (2)



Hoja de consentimiento informado

Estudio: FACTORES PERSONALES Y FAMILIARES DIFERENCIADORES ENTRE ADOLESCENTES CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES DE DROGAS

Responsable: María del Carmen Quinde Reyes

Coordinado con- Proyecto Doctoral **Propuesta de Intervención psicosocial en adolescentes consumidores de "H" en Guayaquil, Ecuador**

He sido invitado a participar voluntariamente en este estudio por parte del equipo de investigación del proyecto.

Todos los datos que se extraigan de mi participación se tratarán de formas estrictamente confidenciales, y solo serán utilizados de forma agregada para su tratamiento estadístico.

He comprendido las explicaciones ofrecidas por el investigador/ la investigadora, y he podido hacer las preguntas que he creído convenientes.

Atendiendo a todas las consideraciones anteriores yo, ...; con C.I., acepto participar de forma voluntaria en el mencionado estudio y comprendo que puedo retirarme cuando quiera sin tener que dar explicaciones.

Fecha de aceptación:

Firmado: el participante o la participante

Firmado: el investigador o la investigadora

Debido a un cambio en mis circunstancias personales, decido revocar el anterior consentimiento y dejar de participar en el estudio sin que esto tenga ningún tipo de consecuencias negativas para mí.

Firmado: el participante o la participante

Firmado: el investigador o la investigadora

Anexo 9

Ficha de Tamizaje (1)

FICHA DE TAMIZAJE

Código

Fecha: / /

Registro #:

1. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO (EDAD, TIPOS DE SUSTANCIAS, CONDICIONES Y CIRCUNSTANCIAS, INTERNAMIENTOS)

Edad de inicio consumo de "h" _____

Edad de inicio de otra droga: _____ Tipo de droga? _____

Solo ha consumido un tipo de droga? SI () NO () Si ha consumido más de un tipo de drogas, indicar cuales, tiempo de consumo y frecuencia?

Consumo Cigarrillo () Alcohol ()

En qué circunstancias y con quién inicio su consumo de H u otras sustancias, especificar:

Cuántos tratamientos ha recibido? _____ Residencial () Ambulatorio () Otros, especificar:

Institución en las que ha realizado los tratamientos: Pública () Privada () si son varios indicar

2. SITUACION ACTUAL

A. Compulsión

Tipo/s de sustancia/s actual: "H" SI () NO () Otras, especificar

_____ Tiempo de consumo: _____

Frecuencia: 1 Diaria () 2. Semanal () 3. Mensual ()

Cantidad(es)

Días de mayor consumo _____

Síntomas del consumo: 1. Dolor de cabeza y náuseas () 2. Dolor de huesos, fiebre y escalofrío () 3. Activo, alegre y con poder () 4. Agresividad, ansiedad, mal comportamiento () 5. Insomnio y cansancio () 6. Abstinencia () 7. Dolor de cabeza y huesos () 8. Mareo, vómito y sueño () 9. Relajación, sentirse bien () 10. Malestar general () 11. Incremento del apetito () 12. Pérdida del apetito y decaimiento () 13. Ninguno ()

Anexo 10

Ficha de Tamizaje (2)

B. Riesgo o vulnerabilidad. Responder con x las respuestas correctas.

Tiempo libre y recreación 1. Duerme () 2. Hace tareas () 3. Sale con los amigos () 4. Sale con la novia/o () 5. Ve televisión () 6. Usa internet en la computadora /celular () 7. Hace deportes () 8. Ayuda a sus padres en casa o trabajo () 9. Escucha música () 10. Videojuegos ().	Lugares consumo: 1. En su casa () 2. En el barrio () 3. En el colegio () 4. En casa de familiares () 5. Otros, especificar _____
Estresores actuales: 1. Problemas con sus padres () 2. Separación o divorcio de los padres () 3. Problemas con los hermanos () 4. Problemas en colegio () 5. Problemas económico en la familia () 6. Problemas con los amigos/pandillas/novia () 7. El consumo/abstinencia/salud () 8. Problemas legales () 9. Ninguno () 10. Otros, especificar _____	Síntomas del consumo: ABSTINENCIA 1. Dolor de cabeza y náuseas () 2. Dolor de huesos, fiebre y escalofrío () 3. Activo, alegre y con poder () 4. Agresividad, ansiedad, mal comportamiento () 5. Insomnio y cansancio () 6. Abstinencia () 7. Dolor de cabeza y huesos () 8. Mareo, vómito y sueño () 9. Relajación, sentirse bien () 10. Malestar general () 11. Incremento del apetito () 12. Pérdida del apetito y decaimiento () 13. Ninguno () 14. Otros, especificar _____
Consumidores cercanos 1. Padre () 2. Madre () 3. Hermanos () 4. Primos () 5. Amigos del barrio () 6. Amigos del colegio () 7. Amigos del colegio y del barrio () 8. Otro familiar, especificar _____ 9. Otra persona especificar _____	Actitud de la familia 1. Apoyo/consejo/ayuda () 2. Desconfianza/control () 3. Preocupación () 4. Enojo/malestar () 5. Tristeza/llanto () 6. Decepción/rechazo () 7. Comprensión () 8. Otros, especificar _____
Lugares de expendio 1. En el Colegio () 2. Fuera/cerca del colegio () 3. Paradas de bus/metro () 4. En su barrio () 5. En el colegio y el barrio () 6. En otro barrio / sector () 7. Fiestas () 8. Otros, especificar _____	

C. Percepción del consumidor sobre redes de apoyo. Responder con x las respuestas correctas.

Familiares () Amistades () Vecinos () Comunidad () Colegio () Policía () Seguro Social ()
Religión () ONG () MSP () Clubes () Grupos de Apoyo () Clínicas ()
NA () AA ()

Entrevistador-a _____

Anexo 12

Ficha Sociodemográfica

UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Proyecto Doctoral

**Propuesta de Intervención psicosocial en adolescentes consumidores de “H” en
Guayaquil, Ecuador. María Quinde Reyes**
Ficha Datos sociodemográficos

Institución: _____ Código del paciente: _____

Fecha de ingreso al tratamiento: _____

(Utilizar las 2 primeras letras del primer apellido + las 2 primeras letras del segundo apellido y el día y mes de nacimiento)

Dirección domiciliaria: _____ Sector: _____

Edad: _____ Sexo: F () M ()

 Escolaridad: primaria () primaria incompleta () secundaria () secundaria incompleta () Bachiller ()
 Universidad () Otros, especificar _____ Institución educativa donde estudia o estudio: _____

Deserción: ____ antes del consumo de droga ____ durante ----- después del consumo _____

 Ocupación: 1. estudiante () 2. Trabaja con familiares y amigos () 3. Trabajo externo () 4.
 Estudia y trabaja () 5. Ni estudia ni trabaja ().

Trabajo: ¿donde? Calle _____ tipo de trabajo _____

Con quien vive: _____ Tipología familiar: _____

Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	INGRESOS \$

Entrevistador-a _____

Fecha: _____

Anexo 13

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

Nombre y apellido: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Por favor marcar con una x

		Si	No
	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
	¿Ha estado muy preocupado por algo?		
	¿Se ha sentido muy irritable?		
	¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
	¿Ha estado preocupado por su salud?		
	Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		

		Si	No
	¿Se ha sentido con poca energía?		
	Ha perdido Ud. su interés por las cosas?		
	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
	¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?		
	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
	¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
	¿Se ha sentido ud. Enlentecido?		
	¿Cree Ud. ¿Que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

Anexo 14

Cuestionario McMaster (1)

MMFF

ESCALA DE EVALUACIÓN_ FAMILIAR (FAD)

_ Epstein, L. Baldwin, D. Bishop.

Family Research Brown University.

(Mc MASTER MODEL OF FAMILY FUNCTIONING – MMFF)

Rhode Island Hospital. Providence.

INVESTIGACION_ FAMILIAR

En estas páginas encontrará varias afirmaciones acerca de las familias.

Por favor, lea cada afirmación con cuidado y elija la opción que mejor describe a su familia.

Debe responder según usted vea a su familia.

Para cada afirmación hay cuatro opciones (respuestas) posibles:

Totalmente de acuerdo: (TA) Ponga una cruz debajo de TA si le parece que esta afirmación describe muy bien a su familia.

De acuerdo: (A) Ponga una cruz debajo de A si le parece que esta afirmación describe bastante bien a su familia.

En desacuerdo: (D) Ponga una cruz debajo de D si le parece que la afirmación no describe en general a su familia.

Totalmente en desacuerdo: (TD) Ponga una cruz debajo de TD si le parece que la afirmación no describe a su familia de ninguna manera.

AFIRMACIONES:	TA (1)	A (2)	D (3)	TD (4)
1. Es difícil planear actividades en la familia Porque no nos entendemos bien.				
2. Resolvemos casi todos los problemas diarios en torno a la casa.				
3. Cuando alguno de nosotros esta disgustado, los demás saben porque.				

Anexo 15

Cuestionario McMaster (2)

4. Cuando se le pide a uno que haga algo, es necesario verificar que lo haya hecho.				
5. Si alguno tiene problemas, los demás se entrometen demasiado.				
6. En momentos de crisis podemos contar con el apoyo de los demás.				
7. No sabemos qué hacer cuando surge una emergencia.				
8. A veces se nos acaban las cosas que necesitamos.				
9. Nos cuesta trabajo demostrar el afecto que sentimos el uno por el otro.				
10. Nos aseguramos que los miembros de la familia cumplan con sus responsabilidades.				
11. No podemos hablar entre nosotros acerca de la tristeza que sentimos.				
12. Por lo general, actuamos según las decisiones que hemos tomado respecto a los problemas que surgen.				
13. Uno recibe la atención de los demás solo cuando se trata de algo de interés para ellos.				
14. No se puede saber lo que uno siente solo por lo que dice.				
15. Las tareas caseras no se reparten suficientemente bien.				
16. Cada uno es aceptado por lo que es.				
17. Las reglas de la casa se pueden romper fácilmente, sin problemas.				
18. En mi familia decimos las cosas abiertamente, sin rodeos.				
19. Algunos de nosotros no respondemos emocionalmente.				
20. Sabemos que hacer en caso de una emergencia.				
21. Evitamos hablar de nuestros temores y preocupaciones.				
22. Nos es difícil hablar entre nosotros de sentimientos tiernos.				
23. Nos es difícil pagar nuestras deudas.				
24. Por lo general, después de tratar de resolver un problema, discutimos (hablamos) si resulto bien o no la solución.				
25. Somos demasiado egoístas.				
26. Podemos expresar nuestros sentimientos el uno al otro.				
27. No tenemos expectativas claras acerca de los hábitos de higiene.				

Anexo 16

Cuestionario McMaster (3)

28. No mostramos el amor que sentimos el uno para el otro.				
29. Hablamos con los otros directamente, sin intermediarios.				
30. Cada uno de nosotros tiene sus propias obligaciones y responsabilidades				
31. Hay muchos malos sentimientos en la familia.				
32. Tenemos reglas sobre el pegarle a los demás.				
33. Nos involucramos con los demás solamente cuando se trata de algo que nos interesa personalmente.				
34. Hay poco tiempo para explorar intereses personales.				
35. Muchas veces no decimos lo que pretendemos decir.				
36. Nos sentimos aceptados por lo que somos.				
37. Mostramos interés en los otros cuando nos conviene personalmente.				
38. Resolvemos casi todos los problemas emocionales que surgen.				
39. La ternura es secundaria a otras cosas en nuestra familia.				
40. Hablamos sobre quien ha de hacer las tareas del hogar.				
41. El tomar decisiones es un problema para nuestra familia.				
42. En nuestra familia uno muestra interés en el otro solo cuando le conviene.				
43. Somos francos el uno con el otro.				
44. No nos atenemos a regla o norma alguna.				
45. Si se le pide a alguno que haga algo, hay que recordárselo.				
46. Somos capaces de decidir cómo resolver nuestros problemas.				
47. Si se quebrantan las reglas, no sabemos que esperar.				
48. En nuestra familia nada funciona.				
49. Mostramos ternura.				
50. Enfrentamos los problemas que involucran sentimientos.				
51. No nos llevamos bien.				

Anexo 17

Cuestionario McMaster (4)

52. No nos hablamos cuando estamos enojados.				
53. Por lo general estamos descontentos con las tareas caseras que se nos han asignado.				
54. Aunque tenemos buenas intenciones, nos entrometemos demasiado en la vida de los demás.				
55. Tenemos reglas para situaciones de peligro.				
56. Nos hablamos con confianza.				
57. Lloramos abiertamente.				
58. No tenemos un medio de movilidad razonable.				
59. Cuando no nos gusta lo que alguien ha hecho, se lo decimos.				
60. Tratamos de pensar en diferentes maneras de resolver los problemas.				

Anexo 18

Propuesta de estudio a las instituciones (1)



Estudio: FACTORES PERSONALES Y FAMILIARES DIFERENCIADORES ENTRE ADOLESCENTES CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES DE DROGAS.

Metodología

Estudio comparativo-transversal, de corte cuantitativo.

Justificación:

Este estudio pretende comparar rasgos de personalidad del adolescente consumidor de drogas, así como funcionalidad-disfuncionalidad familiar (descrito en el apartado de instrumentos). Por último, se comprobará el grado de predicción de comprensión de riesgo al consumo de drogas ante situaciones que se enfrenta el adolescente en su vida diaria. El análisis de todas estas variables contribuirá al desarrollo de estrategias específicas para la intervención psicosocial de los adolescentes consumidores de drogas.

Vinet y Faúndez (2012) mencionan que el consumo de drogas en adolescentes se agrava al comprobarse su relación con otras conductas de riesgo, lo que plantea la necesidad de desarrollar estrategias de intervención e instrumentos de evaluación psicológica que consideren el consumo de drogas en la adolescencia de modo específico.

Participantes:

Este estudio se aplicará a adolescentes entre 12 y 17 años de edad que están en tratamiento en los centros de internamiento o residencial privados o públicos.

Instrumentos:

✓ CPS (Cuestionario de Personalidad Situacional:

La finalidad de la prueba es la evaluación de 15 rasgos de personalidad y 3 estilos de tendencias de respuesta. El CPS es un instrumento de evaluación de la personalidad que parte de una aproximación conductual y tiene en cuenta las características de la persona y su interacción con las situaciones concretas.

Anexo 19

Propuesta de estudio a las instituciones (2)



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

✓ **Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ-R)**

Este cuestionario mide el uso de estrategias para afrontar evaluando seis dominios: Distracción; catastrofismo; Ignorar las sensaciones de dolor; distanciamiento del dolor; Autoafirmaciones de afrontamiento; y orando.

✓ **Test de funcionamiento familiar (FF- SIL)**

Instrumento construido para evaluar cuanti- -cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

✓ **Escala MMFF (McMaster Model of Family Functioning)**

Este instrument mide las siguientes dimensiones del funcionamiento de una familia: Solución de problemas, Comunicación, Roles, Respuesta afectiva, Compromiso afectivo, Control conductual.

Procedimiento:

Las evaluaciones se las realizará en las instalaciones del centro participante, las mismas que serán administradas por dos psicólogas y una estudiante del último año de la carrera de psicología. Previo a la aplicación de las pruebas se cumplirá con todo el protocolo ético (información al participante, consentimiento informado)

Las condiciones para la aplicación del protocolo de evaluación deben ser en un lugar aislado del ruido y de cualquier otro distractor. El lugar debe estar aclimatado. Antes de aplicar los instrumentos se recopilará datos sociodemográficos de la muestra adolescentes y familias.

Los participantes serán evaluados en dos sesiones de aproximadamente 2 horas. La sesión consta de dos etapas: en la primera se aplicará el cuestionario de personalidad, y en la segunda se aplicará el cuestionario de afrontamiento. Entre una etapa y otra habrá un descanso de 5 minutos. Las etapas serán alternadas entre los participantes. En la segunda sesión se aplicarán los instrumentos de funcionamiento familiar, a los adolescentes y sus familias.

Los participantes no serán recompensados económicamente.

Anexo 20

Propuesta de estudio a las instituciones (3)



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Análisis Estadístico:

Después de pasar los resultados a una base de datos, se realizará un análisis descriptivo, posteriormente entre los grupos determinados por el análisis descriptivo se realizará una comparación con un grupo de adolescentes sanos que asiste a los clubes de adolescentes del MSP.

Referencias

Cokely, E. T., Galesic, M., Schulz, E., Ghazal, S., & Garcia-Retamero, R. (2012). Measuring risk literacy: The Berlin numeracy test. *Judgment and Decision Making*, 7(1), 25-47.

Atentamente,

Maria Quinde Reyes.

Psicóloga Clínica-Universidad de Guayaquil
Especializada en adicciones UBA-Argentina
Magister Terapia Familiar UCSG-Ecuador
Doctoranda Universidad de Granada-España
Docente Universidad de Guayaquil-Ecuador

Correo institucional: maria.quinder@ug.edu.ec Celular: 593 993784350

Anexo 21

Registro de demanda, voluntariedad y motivación al cambio (1)

REGISTRO DEMANDA, VOLUNTARIEDAD Y MOTIVACION AL CAMBIO

Código _____ Fecha: ____/____/____ Registro #: _____

1. TIPO DE DEMANDA DEL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA AL LLEGAR A SOLICITAR AYUDA EN LA INSTITUCION

Tipo de pedido de ayuda del adolescente	Tipo de pedido de ayuda de la familia
1. Dejar de consumir 2. Cambio de comportamiento 3. Mejorar relaciones familiares, 4. No tener problemas / mejorar en el colegio, 5. Recibir charlas, consejos, atención profesional, 6. No desea ayuda 7. Estar/sentirse bien	1. Dejar de consumir 2. Cambio de comportamiento 3. Mejorar relaciones familiares, 4. No tener problemas en el colegio, 5. Recibir ayuda, charlas, consejos, atención profesional, 6. No desea ayuda, 7. Estar/sentirse bien
Redactar el texto de lo solicitado por el adolescente al llegar a la institución	Redactar el texto de lo solicitado por el adolescente al llegar a la institución
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

REGISTRAR EL TIPO DE DEMANDA

	a	F
Delegación del control		
Colaboración		
Urgencia		
Pseudo-acuerdo		
Dramatización		
Poder del ausente		

2.- MOTIVACIONES PARA LA BUSQUEDA DE AYUDA

Internas () Externas () especificar _____

Personales () Familiares () Sociales () Otras, especificar _____

Anexo 22

Registro de demanda, voluntariedad y motivación al cambio (2)

ESTADIOS DE CAMBIO CONSUMIDOR

Pre-contemplación	Contemplación	Preparación o Determinación	Acción, cambio y mantenimiento	Recaída
Yo no consumo y no necesito ayuda ()	Consumo pero puedo solo, ire a la iglesia, dejare de andar con malas compañías ()	Consumo drogas y necesito ayuda ()	Asisto al tratamiento, no consumo ()	Volver a consumir después de una abstinencia ()

Entrevistador-a

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrelo, A., Sgró, J. M., Cappa, H., y Ojeda, J. (2016). La percepción de los usuarios de un programa de tratamiento ambulatorio en adicciones. una exploración focalizada en la satisfacción con el tratamiento. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXV(3), 275-288. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281948416007.pdf>
- Alonso Castillo, M., Yáñez Lozano, Á. y Armendáriz García, N. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Salud y Drogas*, 17(1), 87-96. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83949782009.pdf>
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D. *et al.* The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256, 174–186 (2006). <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Antonio, N. E. (2004). Tipos de drogas y el efecto sobre el ser humano. *Acalán. Revista de la Universidad Autónoma del Carmen*, 30. 23-27. <https://www.unacar.mx/contenido/difusion/acalan30pdf/acalan30.html>
- Arnett, J. (1992). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review*, 12(4), 339–373. [https://doi.org/10.1016/0273-2297\(92\)90013-R](https://doi.org/10.1016/0273-2297(92)90013-R)
- Arteaga Moreira, A. J., Moreira Macías, M. A. y Guerrero Cedeño, L. R. (2021). *Carácter del derecho constitucional a la educación y el papel del estado en su protección*. [Tesis de Maestría, Universidad de San Gregorio de Portoviejo]. Repositorio Institucional de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/2087>
- Avila, M. F. (1997). La Intervención Psicosocial : Su Implementación a Través De Programas de Entrenamiento en el Ámbito Grupal de Psicología. *Revista Cubana de Psicología*. 14(2), 179–191. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v14n2/05.pdf>
- Backman, C. W. y Secord, P. F. (1966). *Problems In Social Psychology*. McGraw-Hill Education.
- Bechara, A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nat Neurosci* 8, 1458–1463 (2005). <https://doi.org/10.1038/nn1584>
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, Á. y Villanueva, V. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol. <https://socidrogalcohol.org/proyecto/manual-de-adicciones-para-psicologos-especialistas-en-psicologia-clinica-en-formacion-2/>
- Benítez Barraza, M., Sánchez Montero, E., & Serrano Ramírez, M. (2015). Indicadores clínicos de personalidad en la adolescencia. *Psicología desde el Caribe*, 32(2), 235-253. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2015000200004&script=sci_arttext
- Blanco Abarca, A. y Rodríguez Marín, J. (Coords). (2007). *Intervención Psicosocial*. Pearson Education.
- Bobes, J., Bascarán, M., Bobes, M., Carballo, J., Díaz, E., Flórez, G., García-Portilla, M. y Sáiz, P. (2007). *Valoración De La Gravedad De La Adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Plan Nacional Sobre Drogas.

- https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/msan/msan0033.pdf
- Campos Ríos, M. D. (2017). *Personalidad y Variables Clínicas en Adolescentes a través del inventario de evaluación de la personalidad para adolescentes (PAI-A)*. [Tesis Doctoral, Universidad de Málaga, Facultad de Psicología]. https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/15669/TD_CAMPOS_RIOS_Maria_d_el_Mar.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cango Cobos, A., y Suárez Monzón, N. (2021). Consumo de droga en estudiantes ecuatorianos. Una alternativa de prevención y desarrollo resiliente del alumnado desde la escuela. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 20(44), 364-383. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-51622021000300364&script=sci_arttext
- CCPID-G. (2016). *Mayor consumo de drogas*. Consejo Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil. <http://www.ccpidguayaquil.gob.ec/uploads/publication/131017celebratuvida.pdf>
- Cházaro Arellano, E. H. (2024). Análisis de datos en las investigaciones cualitativas: El reto frente al investigador. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 9(17), 168-171. <https://doi.org/10.35381/r.k.v8i17.3163>
- Chiliquinga Tierra, G. F. y Molina Andrade, J. C. (2020). *Aplicación de realidad aumentada para visualizar variables en procesos industriales*. [Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana]. Repositorio Institucional de la Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/18391>
- Comunidad Andina. (2013). *Manual de Sustancias Químicas usadas en el Procesamiento de Drogas Ilícitas*. Secretaria General de la Comunidad Andina. https://www.comunidadandina.org/StaticFiles/20135316739manual_sustancias_quimicas.pdf
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (2015). *Métodos de recolección y análisis de datos: Manual de investigación cualitativa*. Vol. IV. Editorial Gedisa.
- Durán, D. D. (2019). Instrumentos de investigación cualitativos y cuantitativos frente a la investigación mixta o complementaria. *Consensus Revista de Publicaciones Científicas y Académicas*, 3(2). <https://pragmatikasolutions.com/consensus/index.php/consensus/issue/view/10/7>
- Errasti Pérez, J., Al-Halabí Díaz, S., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J., Carballo, J. y García Rodríguez, O. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: el programa «Familias que funcionan». *Psicothema*, 21(1), 45-50. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/11393/?sequence=1>
- Espallargas, A. (2020, Julio 29). *Breve historia de las drogas: origen, efectos, sensaciones y legalidad de los estupefacientes más populares*. Revista GQ. <https://www.revistagq.com/noticias/articulo/historia-de-las-drogas-general-cocaina-tabaco-alcohol-isd-heroina>
- Fernández Ballesteros, R. F. (1999). *Introducción a la Evaluación Psicológica*. Pirámide Ediciones.
- Flick, U. (2015). *El diseño de la Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.
- Fundación Arcor. (2022). *Diccionario vivo de la niñez*. Editorial Fundación Arcor.

- <https://fundacionarcor.org/wp-content/uploads/2022/10/Diccionario-Vivo-de-la-Ninez.pdf>
- García Campos, F. y Segura Díez, M. (2005). Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes. *Salud y Drogas*, 5(1), 35-55. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83950103.pdf>
- Gómez Velásquez, S., Matagira Rondón, G., Agudelo Cifuentes, M., Berbesi Fernández, D. y Morales Mesa, S. (2021). Cohesión familiar y factores relacionados en adolescentes escolarizados. *Universidad y Salud*, 23(3) <https://doi.org/10.22267/rus.212303.233>
- González Flores, M., Rey Yedra, L. y Oliva Zárate, L. (2009). Las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes de Xalapa, Veracruz. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(1), 10-31. <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/17700/16877/0>
- González Peña, P., Torres, R., del Barrio, V. y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clinical and Health*, 28(2), 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Gootenberg, P. (2003). *Entre La Coca Y La Cocaína: Un Siglo o Más de las Paradojas de la Droga entre Estados Unidos y el Perú, 1860-1980*. Repositorio Instituto de Estudios Peruanos. <https://repositorio.iep.org.pe/items/d9be1316-4703-4175-a1a6-2af506140b95>
- Graña Gómez, J. y Muñoz Rivas, M. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(1), 19-32. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Gra%C3%B1a_8-1oa-1.pdf
- Guillén, R. R., y Nascimento, L. C. (2010). Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 18(spe), 598-605. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000700016>
- Hernández Sampieri, R. H. (2018). *Metodología De La Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa Y Mixta*. McGraw Hill Interamericana.
- Kaminer, Y., Wagner, E., Plummer, B., y Seifer, R. (1993). Validation of the Teen Addiction Severity Index (T-ASI): Preliminary Findings. *American Journal on Addictions*, 2(3), 250–254. <https://doi.org/10.3109/10550499309113946>
- Kleiman, M. (1993). *Against excess: Drug policy for results*. Basic Books.
- Kvale, S. (2012). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.
- Leal Galicia, P., Betancourt, D., Gonzáles Gonzales, A. y Romo Parra, H. (2018). Breve historia sobre la marihuana en Occidente. *Revista de Neurología* 2018, 67. 133-140. <https://observatorioclat/repositorio/wp-content/uploads/2021/04/Breve-historia-sobre-la-marihuana-en-Occidente-.pdf>
- Lucas Chóez, M., Quiroz Figueroa, M. y Cedeño Álava, C. (2017). Factores de riesgo para la adicción en los adolescentes. *Revista SINAPSIS*, 11(2). <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/sinapsis/article/view/126/113>
- Luengo, M. Á., Otero-López, J. M., Romero, E., & Gómez-Fraguela, J. A. (1996). Efecto de la Necesidad de Búsqueda de Sensaciones sobre la Involucración en el consumo de drogas de los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(86), 683-708. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7072571.pdf>
- Luna Fabritius, A. (2015). Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 60(225), 21-44.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-19182015000300021&script=sci_arttext

- Martínez Álvarez, J., Fuertes Martín, A., Ramos Vergeles, M. y Hernández Martín, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15(2), 161-166. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715201.pdf>
- Martínez, M. V., y Mansilla, J. C. (2009). Adaptación de la escala de motivación para el cambio y ansiedad frente al tratamiento en una muestra de adolescentes y jóvenes con consumo problemático de drogas. *II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de la Plata (La Plata, 2009)*. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/17374>
- Mayor S., L. (1995). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología*, 13(2), 129-142. <https://doi.org/10.18800/psico.199502.001>
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33. https://journals.lww.com/jonmd/abstract/1980/01000/An_Improved_Diagnostic_Evaluation_Instrument_for.6.aspx
- Mestre, H., Viñas, M., Dutil, V., & Moya, J. (2004). Personalidad y Consumo de Alcohol en Adolescentes. *Jornades de Foment de la Investigació*, 1-12. Obtenido de https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/78909/forum_2004_5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), & Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII). (2021). *Plan nacional de protección integral de la niñez y adolescencia al 2030*. 1-118. https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/05/plan2030_ninez_version_consulta_compressed.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Atención Integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Acuerdo-00030-Protocolo-tabaco-fusionado.pdf>
- Mirón, L., Serrano, G., Godás, A. y Rodríguez, D. (1997). Conducta antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. *Análisis y modificación de conducta*, 23(88), 255-282. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7069944.pdf>
- Mora, G. R. (2018). *Caracterización del consumo de drogas en adolescentes de los consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. centro de salud 25 de enero. año 2018*. [Tesis de Grado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12169>
- Morocho, J. (2020). *Funcionalidad familiar frente a la adicción de drogas mediante el test FF-SIL en adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad de Riobamba de Guayaquil, noviembre 2018 -julio 2019*. [Tesis de Maestría, Universidad Central del Ecuador] Repositorio Institucional Universidad Central del Ecuador. <https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/a6d7be28-7c88-4c5f-85c6-3820f795f609>

- Muñoz V., S., Riveros Q., N., y Ruiz P., S. (2022). Estimulantes de tipo anfetamínico en Estudiantes de Medicina Latinoamericanos. Una revisión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 60(4), 479–489. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272022000400479>
- NIDA (2021, April 13). *What is heroin and how is it used?*. NIH. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/heroin/what-heroin>
- Observatorio Social del Ecuador. (2019). *Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador: Una mirada a través de los ODS*. Unicef. https://www.unicef.org/ecuador/media/496/file/SITAN_2019.pdf
- OEA, CICAD. (2019). *Drogas Emergentes En Las Américas: Los Opioides Sintéticos Entre Las Nuevas Sustancias Psicoactivas*. Observatorio Interamericano sobre Drogas. <https://www.oas.org/ext/DesktopModules/MVC/OASDnnModules/Views/Item/Download.aspx?type=1&id=840&lang=2>
- Ortega, Y., Oliva, I., Morales, E., Sala, M. R., & Álvarez, E. (2015). Factores individuales de riesgo adictivo en estudiantes de noveno grado. Nueva Paz, 2015. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/101144578/hphs161f-libre.pdf?1681669601=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DFactores_individuales_de_riesgo_adictivo.pdf&Expires=1719430791&Signature=WlXnOGt4VZwCwX~nmT4uWy2uG3cMh-zaepOgcsuDSPgoUAT8ead3
- Paladines, J. V. (2015). Cárcel y drogas en Ecuador: el castigo de los más débiles. *Revista Pensamiento Penal*. <https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/44525-carcel-y-drogas-ecuador-castigo-mas-debiles>
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso* (32), 147-173.
- Pérez, E., de la Cuesta Freijomil, D., Louro Bernal, I., y Bayarre Veja, H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *CIENCIA Ergo-sum*, 4(1), 63-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5128785>
- Píngel, J. C., & Guerrero, E. (2020). Estrategias de Afrontamiento ante el estrés de la recaída al consumo de drogas en adolescentes. *Más Vida*, 55-65. doi:<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0041>
- Ratsch, C. y Hofmann, A. (2005). *The Encyclopedia of Psychoactive Plants: Ethnopharmacology and Its Applications*. Inner Traditions.
- Reichenbach, V., Ros, J., y Jiménez, W. (2010). Cannabinoides endógenos en la enfermedad hepática: muchos dardos para una sola diana. *Gastroenterología y Hepatología*, 33(4), 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.06.010>
- Reyes, M., & Véliz, M. (2016). Perfil sociodemográfico del adolescente que acude a servicios de atención para las adicciones en el estado de Aguascalientes: un estudio exploratorio. *Caleidoscopio* (24), 41-55. doi:<https://doi.org/10.33064/34crscsh160>
- Riofrío Guillén, R., & Castanheira Nascimento, L. (Junio de 2010). Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18, 598-605. doi:<https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000700016>

- Rodríguez, M., Jiménez Lerma, J. M., Iraurgi, I., Murua, F., Bacigalupe, L., Chavarri, M. R. y Baltasegi, B. (2002). Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento en un Centro Ambulatorio de Drogodependencias a través del “Treatment Perceptions Questionnaire” (TPQ). *Adicciones*, 14(4), 417-424. <https://doi.org/10.20882/adicciones.473>
- Romero, A., Pedraja Linares, M. J., y García Sevilla, J. (2004). *Manual de técnicas de documentación y elaboración de trabajos en la investigación psicológica*. Universidad de Murcia. <https://www.um.es/docencia/agustinr/cdr/docum0304/cdrDocumManual0304b.pdf>
- Rosa, G., Navarro Segura, L., y López, P. (2014). El aprendizaje de las habilidades sociales en la Universidad. Análisis de una experiencia formativa en los grados de educación y trabajo sociales. *Formacion Universitaria*, 7(4), 25–38. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062014000400004>
- Salguero, A., Leiva, L., Luque, M., y Pautassi, R. (2020). Consumo de alcohol en niños y adolescentes: prevalencia en países del cono sur de América Latina, factores de protección y factores de vulnerabilidad. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 12(1), 26–39. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-42062020000100026&script=sci_arttext
- Sánchez Hervás, E., Tomás Gradolí, V., y Marales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159-166. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(04\)70159-2](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(04)70159-2)
- Sánchez, A., Andueza, M. G., Santana, A., Hoil, J., & CuFarfán, J. (2017). Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y dorgas en estudiantes de dos universidades de México. *Revista Biomédica*, 28(1). doi:<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i1.552>
- Sandoval, C. A. (2002). *Investigación Cualitativa*. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/2815>
- Sarduy, A., Domínguez Rodríguez, N., Saavedra Alvarado, E., y Lamas González, M. (2020). Percepción del riesgo en adolescentes sobre el consumo de sustancias adictivas. *Revista Estudiantil CEUS*, 2(3), 13-16. <https://ceus.ucacue.edu.ec/index.php/ceus/article/view/43/29>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2021). *Plan nacional de desarrollo 2021-2025*. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. <https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-creacion-de-oportunidades-2021-2025/>
- Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas.(2017). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas*. Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas. http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/PLAN_NACIONAL_DE_PREVENCION_INTEGRAL_Y_CONTROL_DEL_FENOMENO_SOCIO_ECONOMICO_DE_LAS_DROGAS_2017-2021.pdf
- Serrano Hurtado, D. (2009). La psilocibina: Perspectiva histórica y farmacológica e investigaciones actuales autorizadas. *Cultura Y Droga*, 14(16), 165–188.

<https://ucaldas.metarevistas.org/index.php/culturaydroga/article/view/5437>

SETED. (2018). *Informe de caracterización química de la heroína*.

Simón Saiz, M., Fuentes Chacón, R., Garrido Abejar, M., Serrano Parra, M., Díaz Valentín, M., & Yubero, S. (2020). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Medicina en Familia - Semergen*, 46(1), 33-40. doi:<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-perfil-consumo-drogas-adolescentes-factores-S1138359319301923>

Smart, R. G. (1980). An availability-proneness theory of illicit drug abuse. En Lettieri, D. J.(Editor), Sayers, M. (Editor) y Pearson, H. W. (Editor), *Theories On Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*. Department of Health and Human Services (46-49). <https://archives.nida.nih.gov/sites/default/files/monograph30.pdf>

Sosa Chaico, Y. (2020). *Consumo de drogas Y su relación con las infracciones cometidas por los adolescentes intervenidos por la PNP en la región Ayacucho 2019* [Tesis de Maestría, Universidad Privada Norbert Wiener]. https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4087/T061_42676282_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vera, A., Ávila Guerrero, M. E., Arango, C., Musitu, G., y Buelga, S. (2009). *Psicología social comunitaria*. Trillas.