



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE**

**EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS
DE EDAD QUE CONCURREN A UNA
INSTITUCIÓN PÚBLICA DE
ENSEÑANZA MEDIA DE
MONTEVIDEO EN EL MES DE
ABRIL DE 2017**

Autor:

Roa, María Luisa

Tutores:

Prof. Agda. Mag. Annalet Viera
Prof. Agda. Mag. Carolina Rodríguez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017

Agradecimientos

- ◆ A mis tutoras, por su apoyo constante y exigencia, las cuales me incentivaron a continuar y superar los obstáculos encontrados.
- ◆ A la Lic. Vanesa Caballero y sus estudiantes por su disposición y colaboración.
- ◆ A los estudiantes encuestados, agradecerles su gran recepción y amabilidad.
- ◆ A mi familia por estar siempre presente y brindarme su apoyo incondicional.
- ◆ A los Lic. en Enfermería: Mariela Alfonso, Carolina Scalone, Katy Vargas, Teresa Silveira y Washington Martínez, por su ayuda y contención durante este proceso.
- ◆ A la Prof. Adj. Mg. Graciela Umpiérrez por su comprensión.
- ◆ A mis amigos incondicionales.
- ◆ A los que ya no están pero me acompañarán siempre.

A todos muchas gracias.

Glosario

1. UDELAR: Universidad de la República
2. ROU: República Oriental del Uruguay
3. FENF: Facultad de Enfermería
4. PP: Programa profesionalización
5. OMS: Organización Mundial de la Salud

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Planteamiento de problema y justificación.....	7
Problema.....	8
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	9
Antecedentes.....	10
Marco conceptual.....	12
El adolescente y sus características.....	12
Alcohol y efectos negativos sobre la salud y la seguridad de los adolescentes..	13
El alcohol y su relación con otras drogas.....	14
El rol de los profesionales sanitarios y de Enfermería en la prevención del consumo problemático de drogas.....	15
Diseño metodológico.....	17
Tipo de estudio.....	17
Población de estudio.....	17
Criterios de inclusión.....	17
Procedimiento para la recolección de información.....	17
Plan de análisis de los resultados.....	18
Variables.....	19
Resultados y Análisis.....	22
Discusión.....	24
Conclusiones.....	25
Sugerencias.....	25
Bibliografía.....	27
Anexos.....	30

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo general Identificar el consumo de alcohol en adolescentes de catorce a diecinueve años de edad de una institución pública de enseñanza media de Montevideo.

El propósito fue aportar datos relevantes para poder hacer frente a esta problemática, brindando un punto de partida para generar estrategias de prevención y promoción de salud.

Se realizó un estudio descriptivo de carácter cuantitativo de corte transversal, en donde se tomó en cuenta la percepción de los adolescentes frente al consumo de alcohol y otras sustancias. Para este se aplicó un cuestionario validado, autoadministrado, brindado por el Departamento de Salud del Niño, Niña y Adolescente, perteneciente a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

Luego de aplicados los cuestionarios, se procedió a su tabulación, graficado y análisis.

Los criterios de inclusión fueron los adolescentes de 14 a 19 años de edad, estudiantes del centro educativo que otorgaron su consentimiento de forma verbal.

Introducción

El presente trabajo fue realizado por una estudiante de la Universidad de República (UDELAR) de la República Oriental del Uruguay (ROU) perteneciente a la Facultad de Enfermería (FENF) Programa Profesionalización de Auxiliares de Enfermería a nivel Licenciado (PP) Generación 2013, en el Departamento de Salud del Niño, Niña y Adolescente.

El presente es un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal y el mismo tuvo por objetivo identificar el consumo de alcohol en adolescentes de catorce a diecinueve años de edad, de una institución pública de enseñanza media de Montevideo.

Se aplicó el instrumento propuesto a 200 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión. El análisis de los datos se efectuó mediante la tabulación de frecuencias absolutas y relativas, representados en gráficos, mediante el programa Microsoft Excel.

Se observaron datos que generan inquietud en cuanto al consumo, el patrón de éste, los factores a los que está ligado y que se presente como puerta de entrada a otras drogas, presentan clara relación con las investigaciones citadas y ponen de manifiesto que es un problema complejo que genera una problemática sanitaria prioritaria.

Se evidencia la necesaria implementación de programas de prevención para poder prevenir el consumo de drogas en la adolescencia. La educación en salud debe ser un instrumento para el accionar enfermero en conjunto con el adolescente, evaluando, valorizando y reforzando sus conocimientos favoreciendo un plan de acción eficaz.

Planteamiento de problema y justificación

Las sustancias legales en Latinoamérica son de consumo temprano, con un inicio

aproximado entre los 10 y 14 años de edad. En nuestro país el alcohol es la droga legal de mayor consumo y de inicio más temprano, produciendo un impacto negativo en la salud y estimulando conductas de riesgo.

Los datos estadísticos generan inquietud dado que se observan cambios en cuanto a modificaciones en los hábitos de adolescentes en lo que se refiere al consumo de alcohol.

Según Masten et al. (2009) los efectos del consumo de alcohol se diferencian según la etapa de desarrollo y la edad. Los autores articulan el rol de los distintos factores de riesgo y de protección y los asocian con una mayor o menor probabilidad de uso y abuso de alcohol.

Usualmente se asocia el comienzo del consumo de alcohol con la adolescencia ya que se dan una serie de condiciones más propicias que favorecen la experimentación que en otros ciclos de la vida, por ejemplo el cerebro en esta etapa se encuentra en desarrollo y es un organismo con plasticidad que puede moldearse por lo aprendido.

Es importante la detección temprana de esta problemática y la implementación de estrategias de abordaje, ya que es un tema relevante para la Salud Pública dado que ocasiona daños orgánicos, pérdida de vidas, comorbilidad, discapacidad, disminución de la calidad de vida y altos costos para el Sistema de Salud.

Desde el año 2006 en el Liceo N° 3 Dámaso Antonio Larrañaga, funciona el **Espacio Salud**, un lugar de consultas para estudiantes con problemas de adicción a las [drogas](#), atendido por estudiantes y docentes del Departamento de Salud del Niño/a y Adolescente de la [Facultad de Enfermería](#) de la Universidad de la República. El objetivo de este es lograr mejor contención del adolescente, asesoramiento a las familias, los estudiantes en general y la Institución, desarrollando acciones de promoción, prevención, detección precoz, asistencia, derivación, acompañamiento e investigación.

En síntesis, considero importante realizar investigaciones en cuanto a la temática, debido a que en la mayoría de los países, la mortalidad por los efectos del consumo de alcohol prevalece entre las personas de 45 a 54 años (Aalto-Setälä T., Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Marttunen M., Lonnqvist J., 2001), pero es en la adolescencia donde se comienza a establecer una relación entre el patrón inicial de consumo y la ingesta en exceso en la adultez.

Problema

¿Cuáles son los factores que inciden en el consumo de alcohol en adolescentes de 14 a 19 años de edad que concurren a una institución pública de enseñanza media de Montevideo en el mes de abril de 2017?

Objetivo General

- Identificar el consumo de alcohol en adolescentes de catorce a diecinueve años de edad de una institución pública de enseñanza media de Montevideo.

Objetivos Específicos

- Describir las características, frecuencia y repercusiones del consumo de alcohol.
- Conocer las causas y desencadenantes del consumo de alcohol.
- Indagar sobre los factores de riesgo y factores de protección presentes en los adolescentes.

Antecedentes

Existen múltiples investigaciones sobre el consumo de alcohol en adolescentes en diferentes poblaciones.

Cicua, Méndez & Muñoz en Bogotá, Colombia (2008) investigaron sobre los “Factores en el consumo de alcohol en adolescentes”. Encontraron que el 20% de adolescentes, entre 12 y 17 años, consumen alcohol anualmente; el 0.5%, diariamente, el 18.3% lo hace semanalmente y el 27.2% mensualmente, dándose una mayor concentración hacia el consumo mensual y semanal que anual, lo que indica un patrón de consumo de mayor frecuencia. Las implicaciones de que este patrón de consumo se mantenga, aumenta los riesgos para que los adolescentes generen una dependencia al alcohol.

Mena y Muñoz (2010) en su Tesis para la obtención de su título de Grado en Psicología “Presión social y consumo de alcohol en los adolescentes” constatan a través de un análisis bibliográfico y reflexivo que el adolescente experimenta transformaciones a nivel psicológico, físico y social y que las modificaciones corporales; la aparición de amistades y la identificación con las mismas; la separación inevitable del seno familiar; el rechazo a las opiniones de los padres; son algunas pautas que conforman el carácter del adolescente, que contribuyen a delinear su personalidad. Estas concluyen que la presión social es determinante para el consumo de alcohol en el joven, que es presionado e influido a consumir a tempranas edades condicionado por el contexto social en el cual se desarrolla, siendo las variables que agravan la problemática, la familia, los pares, la educación y los medios de comunicación.

Fernández Bustos (2010) plantea en su “Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes”, que al igual que los resultados obtenidos en diferentes estudios sobre prevalencia de consumo de drogas en la población adolescente, las drogas más consumidas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en la población estudiada han sido el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes o pastillas para dormir.

Las altas prevalencias de consumo habitual y durante los fines de semana de alcohol, unido al consumo de otras sustancias ilegales, y a que los principales motivos que llevan a los adolescentes a consumir drogas es la búsqueda de diversión, pasarlo bien, probar, ya sea por los amigos o porque les gusta, hace que sea un consumo caracterizado y ligado al contexto de la noche, a la diversión y al grupo de iguales.

En cuanto a la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el género de los adolescentes, los resultados indican que el consumo de bebidas alcohólicas es mayor en los hombres que en las mujeres.

Moreno (2014) en su Tesis Doctoral “Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la Comunidad de Madrid” concluye que el consumo de bebidas es superior en las mujeres de la población estudiada que en

los hombres y aprecia un incremento del consumo de alcohol conforme aumenta la edad sin diferencias por sexos.

Amaro, Fernández, González, Pardo, Zunino, Pascale et al. (2016) en su estudio “Consumo de alcohol en niños y adolescentes. Una mirada desde el tercer nivel de atención” obtienen como resultado que el consumo estaba presente en un 9% de los menores de 11 años y en 47% de los mayores. El consumo fue experimental en la mayoría. Constataron 17 episodios abusivos y la mayoría de los entrevistados negó repercusiones por el consumo. En cuanto a factores protectores plantean en orden de prevalencia la educación, el apoyo familiar y los referentes. En cuanto a factores de riesgo: consumo intrafamiliar, inestabilidad emocional, enfermedades crónicas y violencia familiar.

En suma, de las investigaciones mencionadas surgen varias afirmaciones mediante las cuales se puede observar un patrón en el consumo, o al menos, de aquellos que resultan de mayor relevancia al momento de tomar en cuenta para la elaboración de estrategias de prevención en adolescentes. Queda de manifiesto que el consumo de alcohol en menores está ligado a factores de su vida cotidiana (educación, familia, grupo de pertenencia), la presión social e influencia de los medios de comunicación. Por otro lado se observa que el consumo se ve directamente ligado al “estilo de vida” de los jóvenes y se vincula a curiosidad, placer, diversión, presión social y asociado a otras sustancias. Se establece claramente un alto porcentaje de consumo de alcohol con frecuencia semanal entre los 11 y los 18 años. En cuanto a género se marca la paridad entre hombres y mujeres conforme aumenta la edad. Por último se observa que los factores de riesgo cumplen con el mismo patrón: familiares (consumo intrafamiliar, violencia), inestabilidad emocional (adolescencia, problemas de vínculos parentales), sociales (influencia de medios de comunicación, grupos de pertenencia) y enfermedades crónicas.

Marco conceptual

El adolescente y sus características

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la adolescencia se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

La guía de asesoría clínica para el tratamiento y rehabilitación en drogas en la población infantoadolescente y sus especificidades (CONACE, 2008), en la adolescencia el sujeto está experimentando una serie de cambios decisivos para su vida futura. En esta etapa evolutiva el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, si no fijado, al menos orientado, y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional, comportamental y físico que lo llevará a tratar de independizarse de sus padres y a buscar su propia identidad.

La pubertad se manifiesta por profundas modificaciones fisiológicas que tienen importantes repercusiones psicológicas y/o sociales, tanto a nivel de la realidad concreta como a nivel de lo imaginario y lo simbólico. El cuerpo se transforma a un ritmo variable, pero de forma global, enfrentándose el sujeto a una serie de modificaciones corporales que le cuesta integrar y que sobrevienen a un ritmo rápido. Vestido, o a veces disfrazado, el cuerpo representa para el adolescente un medio de expresión simbólica de sus conflictos y de sus formas de relación.

Según el “Manual sobre los usos de drogas y su abordaje en la educación” (Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas, 2009) la población estudiantil en Educación Media está conformada en su mayoría por adolescentes, quienes por atravesar una etapa particularmente crítica en su proceso de estructuración psíquica, pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad ante situaciones de riesgo de diversa naturaleza y en especial, de consumo de sustancias. En general, las primeras situaciones de consumo de drogas en sus diversas formas tienen lugar en la adolescencia, debido a una serie de características propias de esta etapa de la vida, en la que se dan condiciones propicias para buscar experiencias nuevas, así como también, para exponerse a circunstancias de riesgo y actuar con posturas desafiantes ante el peligro y lo prohibido.

Alcohol y efectos negativos sobre la salud y la seguridad de los adolescentes

Se utiliza la palabra **alcohol** cuando nos referimos al alcohol etílico o etanol (CH₃-CH₂-OH); líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, de infinita solubilidad en agua y

miscible en cloroformo y éter. El alcohol no es transformado por los jugos digestivos del estómago o del intestino, como los alimentos, sino que pasa directa y muy rápidamente, sobre todo en ayunas, a la sangre, desde donde se difunde a los diferentes tejidos del organismo. De todos los órganos y tejidos es únicamente en el hígado donde el alcohol es quemado, es decir, metabolizado. El alcohol se transforma normalmente en el hígado gracias a una enzima llamada alcoholdehidrogenasa (Freixa, 1976).

En lo relacionado con su valor nutritivo, 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 Kcal.; este aporte energético no se acompaña de un aporte nutritivo como minerales, proteínas o vitaminas (Álvarez et al. 2001).

Mientras el alcohol es transformado se liberan unas siete calorías por gramo, pero si bien es cierto que el alcohol podría cubrir un máximo de 400 a 600 calorías de las 1600 que necesitamos diariamente, el organismo tendría que destruir sus propias reservas de glucosa (Freixa, 1993).

En lo referente al alcohol las investigaciones desarrolladas en los últimos 30 años han demostrado que el consumo excesivo puede provocar grandes trastornos físicos, psicológicos y del comportamiento. El riesgo de padecer estos trastornos a lo largo de la vida es mayor cuando este consumo se inicia en la adolescencia.

Los efectos a corto plazo que se pueden dar son la intoxicación etílica y el favorecimiento de conductas de riesgo. A largo plazo el consumo de alcohol puede provocar problemas de salud como hipertensión arterial, gastritis, úlceras gastroduodenales, cardiopatías o cáncer así como conflictos familiares y sociales.

Moniño García (2012) en su Tesis Doctoral “Factores sociales relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de la región de Murcia”, menciona las patologías orgánicas desencadenadas por alcohol en niños y adolescentes:

Trastornos del Sistema Nervioso Central

Daño cerebral: Alteraciones de comportamiento, aprendizaje y memoria.

Inhibición de la plasticidad neuronal.

Trastornos Digestivos

Gastritis alcohólica: Tras ingesta aguda y crónica de alcohol.

Síndrome de Mallory-Weiss o desgarró de la mucosa esofágica.

Trastornos Hepáticos

Alteraciones del funcionamiento hepático: aumento de GPT y GGT.

Hepatitis alcohólica aguda.

Trastornos Cardiovasculares

Arritmias cardíacas: Fibrilación auricular, fibrilación ventricular y muerte súbita.

Miocardiopatía dilatada por consumo crónico.

Trastornos Cerebrovasculares

Infartos cerebrales.

Hemorragias cerebrales tras ingesta aguda.

Trastornos Endócrinos

Disminución de la hormona del crecimiento (GH).

Descenso de Testosterona en varones.

Aumento de Testosterona en mujeres.

Metabolismo Óseo

Alteraciones de la densidad ósea.

El alcohol y su relación con otras drogas

Gómez Gómez (2015) plantea que los jóvenes que consumen alcohol tienen mayor riesgo de consumir otros tipos de drogas.

En algunos estudios se denomina al alcohol como “puerta de entrada a otras drogas”. Por ejemplo, tienen un mayor riesgo de consumir tabaco precozmente. El consumo de alcohol junto con el tabaco produce unos efectos destructivos para la salud, produciendo un aumento de riesgo de mortalidad y enfermedad al unir ambas adicciones.

Además el consumo de alcohol y tabaco, aumenta el riesgo de consumir drogas ilegales (Cannabis, Cocaína, Heroína, etc.). Se produce una progresión, empezando por la cerveza y el vino; continuando con tabaco y licores con mayor graduación alcohólica; y llegando hasta el Cannabis, Marihuana, y otras drogas ilegales.

El rol de los profesionales sanitarios y de Enfermería en la prevención del consumo problemático de drogas

Según González, Manzano y González (2009), en su artículo “El profesional de enfermería ante la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes”, en el Sistema de Salud, la intervención en el campo del alcohol es prioritaria, pero a pesar de ello, desde el campo sanitario los adolescentes frecuentan poco los centros de salud y su atención es esporádica.

Para poder superar esta atención esporádica y puntual en este grupo de edad, es necesario que desde la Atención Primaria se desarrollen nuevas estrategias que acerquen a los adolescentes al equipo de salud y cambien la percepción que tienen de este.

La OMS (2001) insta a sus estados miembros a la necesidad de trabajar rápidamente para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes, insistiendo en ampliar las intervenciones seguras, eficaces y efectivas que, con la participación de los adolescentes, les proporcionen a éstos y a sus padres los conocimientos y las capacidades adecuadas para hacer frente a los riesgos potenciales, y les permitan acceder a los servicios y al apoyo apropiados.

Desde el ámbito sanitario considera los siguientes puntos fundamentales de trabajo:

1. Conseguir que los adolescentes adquieran la información exacta sobre sus necesidades de salud.
2. Ayudarles a desarrollar aquellas habilidades que se necesitan para evitar las conductas de riesgo.
3. Ofrecerles asesoramiento, especialmente durante las situaciones de crisis.
4. Hacer que tengan un fácil acceso a los servicios de salud.
5. Conseguir que vivan en un entorno seguro y de apoyo. Desarrollar nuevas estrategias para acercarse al adolescente significa trabajar fundamentalmente en dos puntos: acercarse a los lugares donde está el adolescente (escuela, familia y comunidad) y crear un marco de atención en el centro de salud que facilite el acceso del adolescente.

El consumo de alcohol en la adolescencia, está reconocido como un problema complejo para el que no existe una solución sencilla. Los expertos en prevención consideran la escuela como el marco idóneo de actuación con los adolescentes.

Según Gil Calvo (2015) en su “Revisión sistemática sobre la efectividad de las medidas educativas sobre drogodependencias en el ámbito escolar”, una de las finalidades de la educación sanitaria es hacer que los avances en conocimientos sanitarios y médicos tengan su aplicación práctica en la comunidad y sean incorporados en forma de hábitos o nuevas conductas de salud a la vida diaria de los individuos, grupos, colectividades.

La Enfermería considero debería jugar un papel fundamental en la prevención de drogodependencias en el ámbito escolar. Según la OMS, en el documento “Servicios de Enfermería y Partería. Orientaciones Estratégicas 2002-2008”, apoyado por el Consejo Internacional de Enfermería y otros organismos, los servicios de enfermería tienen que contribuir a alcanzar las metas de salud establecidas por los Estados Miembros en sus áreas prioritarias, entre las que se encuentra la Salud de los Adolescentes, ocupando entre otros los aspectos de la prevención y promoción de la salud, mediante la aplicación de un enfoque holístico e interdisciplinar. Manifiestan además que los profesionales de enfermería tienen un papel crucial a la hora de favorecer la puesta en práctica de intervenciones costoeficaces en la comunidad y que se ha de crear el marco necesario para poder identificar y examinar las pruebas científicas sobre los servicios de enfermería eficientes.

Diseño metodológico

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Población de estudio

Estuvo constituida por adolescentes entre 14 y 19 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión y concurrieron a un centro educativo de enseñanza media de Montevideo, en el mes de abril de 2017, de lunes a viernes, en el horario de funcionamiento de este.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron los adolescentes de 14 a 19 años de edad, estudiantes del Centro Educativo que prestaron su consentimiento de forma verbal.

Procedimiento para la recolección de información

En cuanto a los aspectos éticos y legales:

- Se tomaron en cuenta para la investigación aspectos éticos jurídicos (código de ética, respeto a los derechos y dignidad de las personas) y subjetivos (compromiso, responsabilidad, obligaciones y consecuencias de mi intervención) para garantizar la confidencialidad y privacidad de la población.
- No fue necesario solicitar autorización expresa para la investigación realizada a las autoridades del centro educativo, dado que allí funciona **Espacio Salud**, un lugar de consultas para estudiantes con problemas de adicción a las [drogas](#), donde los estudiantes y docentes del Departamento de Salud del Niño/a y Adolescente de la Fenf desarrollan acciones de promoción, prevención, detección precoz, asistencia, derivación, acompañamiento e investigación.
- Se les solicitó a los participantes su consentimiento de forma verbal para asegurar que estos participen en la investigación propuesta solo si esta es compatible con sus valores, intereses y preferencias; y lo hicieran voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. En dicho consentimiento informado se incluyó información sobre la finalidad, los riesgos y los beneficios de la investigación, la debida comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre y no forzada sobre si

participar o no.

Descripción del instrumento

El instrumento utilizado para la recolección de la información (Anexo 2) incluyó datos socio-demográficos (edad y sexo), así como factores protectores, factores de riesgo, características, frecuencia, repercusiones, causas y desencadenantes del consumo de alcohol en cinco preguntas cerradas politómicas.

El instrumento es un cuestionario validado, autoadministrado, elaborado por el Departamento de Salud del Niño, Niña y Adolescente de la Fenf, Udelar.

Se implementó de forma anónima, para su posterior análisis e interpretación del mismo.

Plan de análisis de los resultados

El análisis descriptivo se realizó con frecuencias absolutas, frecuencias relativas y medidas de tendencia central que permitieron concentrar, en un único valor, los resultados obtenidos para tener una totalidad de la muestra y reproducir el comportamiento mayoritario de esta. Para procesar los datos se utilizó el programa Excel y los resultados se presentaron por medio de tablas y gráficas para la visualización rápida y precisa de los datos.

Se realizó el control de calidad de los datos mediante la revisión exhaustiva de los métodos e instrumento aplicados.

VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición teórica	Definición operacional
Edad	Simple	Intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento	14 15 16

	Cuantitativa Discreta Politómica	hasta el momento de la entrevista, expresado en años cumplidos	17 18 19
Sexo	Simple Cualitativa Nominal Dicotómica	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer	Femenino, Masculino
Consumo de alcohol	Cualitativa Dicotómica Nominal	Autoadministración de alcohol, sin importar la cantidad, en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta	Si No
Consumo de otras sustancias	Cualitativa Dicotómica Nominal	Autoadministración de drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica y/o sustancias inhalables que alteren el estado mental del adolescente	Si No
Causas y/o desencadenantes del consumo	Cualitativa Politómica Nominal	Factores que influyen para que el alcoholismo se desarrolle en una persona	Sensación de desinhibición/ Impulsividad Curiosidad Facilidad para acceder al alcohol Presión social Falta de control/control no estricto Trastornos emocionales/ Baja autoestima Rendimiento escolar bajo Influencia medios de comunicación
Frecuencia de consumo	Cualitativa Politómica Nominal	Indica las veces en que se consume alcohol, en un determinado período de tiempo	Diario Abundante, de forma regular los fines de semana Hasta emborracharte en

			episodios que pueden durar días, semanas o meses, seguido de episodio largo de abstinencia total
Comportamiento frente al consumo	Cualitativa Politómica Nominal	Forma de proceder que tiene la persona ante los diferentes estímulos provocados por el alcohol	Sentimiento de adicción Aumento del consumo para obtener el efecto deseado Deseo constante de consumir Te vas a veces de alguna fiesta porque no hay alcohol o drogas Conduces bajo el efecto de alcohol o drogas Te han dicho tus familiares que debes reducir el consumo No puedes controlar el deseo de consumir
Consecuencias del consumo	Cualitativa Politómica Nominal	Todo efecto adverso que acompaña el consumo de drogas	Meterse en problemas Autodañarse o dañar a otro accidentalmente Accidentes automovilísticos Cambios de humor Discusiones con amigos o familiares Desobediencia de reglas, violación leyes, llegar tarde al domicilio Dificultades en relacionamiento con pares
Factores de riesgo	Cualitativa Nominal	Un factor de riesgo es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso/abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas	Trastornos emocionales Baja autoestima Sentimiento de inmortalidad Actitudes parentales favorables al uso de drogas Consumo de pares

		(mantenimiento).	Presión social Baja supervisión familiar Baja disciplina familiar Implicancia en actos violentos Influencia de medios de comunicación
Factores Protectores	Cualitativa Nominal	Un factor de protección es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso/abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación de las mismas.	Buen rendimiento escolar Implicancia escolar No consumir alcohol No consumir otras sustancias que alteren el estado de ánimo o de conciencia Apego a los iguales Apego familiar Control familiar Buena autoestima Habilidades sociales

Resultados y Análisis

Se realizó la recolección de los datos en una población total de 200 adolescentes entre 14 y 19 años de edad, que cumplieron con los criterios de inclusión y concurrieron a un centro educativo de enseñanza media de Montevideo, en el mes de abril de 2017, de lunes a viernes, en el horario de funcionamiento de éste, obteniéndose los siguientes resultados (Ver Anexo 5).

Al caracterizar a la población se encuentra un grupo mayoritariamente de sexo femenino (65,5 %). Prevalcen los adolescentes de 16 años de edad (siendo esta la Moda) los cuales son el 39 % de la población, seguido de un 32 % de 15 años, un 16 % de 17 años, 9 % de 18 años y un 4 % de 19 años.

En cuanto al consumo de alcohol se obtuvo que un 63,5 % consumió más de unos pocos tragos durante los 12 meses previos a responder el cuestionario, mientras que un 35,5 % afirmó haber fumado marihuana y tan solo un 9 % ha utilizado algún otro tipo de sustancia que alteraran su estado de ánimo o conciencia.

El 60 % de los adolescentes manifestó el consumo por parte de padres y/o pares como causa y/o desencadenante de éste, mientras que un 48,5 % refirió curiosidad, el 35 % carencia de control o control no estricto, un 18,5 % trastornos emocionales/baja autoestima, seguido por rendimiento escolar bajo (15%), influencia de los medios (14,5%) y por último sentimiento de inmortalidad con un 10 %.

Acerca de la frecuencia de consumo de alcohol por parte de los encuestados, un 3,5 % manifestó hacerlo diariamente y en grandes cantidades, el 23 % lo hace abundante y de forma regular los fines de semana y un 3 % refirió beber hasta emborracharse en episodios prolongados seguido de períodos de abstinencia total.

En relación a la variable comportamiento frente al consumo el 12,5 % de los encuestados refirió haber comenzado a consumir mayor cantidad de drogas o alcohol para obtener el efecto deseado, mientras que el 10 % afirma que sus familiares le han dicho que debe reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas, un 9,5 % siente que en oportunidades no puede controlar su deseo de consumir estas, el 8,5 % se ha retirado de fiestas por no encontrar dichas sustancias, un 6% siente un deseo constante de consumo, 5,5 % siente que es adicto y un 2% refiere haber manejado un vehículo estando alcoholizado o drogado.

En lo referente a consecuencias del consumo se observa que un 18,5 % considera que este le produce cambios repentinos de humor, un 15 % manifiesta que luego de consumir tiende a tener comportamientos que habitualmente no tendría, mientras que el 9 % ha tenido discusiones serias con amigos o familiares por el uso de alcohol o drogas y el 7 % refiere tener dificultades con amigos debido a las bebidas, el 6 % de los encuestados manifestó haberse hecho daño a sí mismo o a otras personas por accidente, estando bajo el efecto de dichas sustancias, el 3,5 % considera que se mete en problemas en el liceo debido al consumo y por último un 2 % de los participantes han tenido un accidente de tránsito encontrándose bajo los efectos de dichas sustancias.

Discusión

El consumo de alcohol en la adolescencia es un problema de gran complejidad; en nuestro país es la droga legal de mayor consumo y de inicio más temprano. El inicio del consumo de ésta generalmente es asociado a dicho ciclo vital, y es en este que se comienza a establecer una relación entre el patrón de consumo inicial y la ingesta excesiva en la adultez.

No se relacionaron las variables consumo, edad y género dado que la composición de la población no es equitativa para este último debido a la forma en la que se planteó desde el punto de vista metodológico.

En la presente investigación se evidenció que el consumo de bebidas alcohólicas estaba presente en el 63,5 % de la población estudiada, siendo el consumo de pares, padres y la curiosidad las causas y/o desencadenantes de este, observándose una similitud a lo planteado por Amaro, Fernández, González, Pardo Zunino, Pascale et al (2016) en su estudio “Consumo de alcohol en niños y adolescentes. Una mirada desde el tercer nivel de atención”.

En cuanto a la frecuencia de consumo de alcohol en adolescentes se observó que un 23 % consume abundantemente y de forma regular los fines de semana, lo que indica una mayor concentración hacia el consumo semanal, esto implica un aumento en el riesgo en que los adolescentes generen dependencia al alcohol como lo expresan Cicua, Méndez & Muñoz (2008) en su investigación “Factores en el consumo de alcohol en adolescentes”. Cabe destacar que en la presente investigación, a diferencia de la citada, en la cual la mayoría de los entrevistados negó repercusiones frente al consumo, un 18,5 % afirmó que el consumo le provoca cambios repentinos de humor, un 15 % manifiesta que tiende a hacer cosas que normalmente no haría como desobedecer reglas o violar leyes y un 9% manifiesta discusiones serias con familiares y amigos por el uso de bebidas o drogas.

El 12,5% de los adolescentes manifestó haber comenzado a consumir mayor cantidad de drogas o alcohol para obtener el efecto deseado, y el 10% manifestó que sus familiares les dijeron que debían disminuir el consumo de alcohol o drogas, esto pone de manifiesto características propias de esta etapa de la vida como exponerse a circunstancias de riesgo y actuar con posturas desafiantes ante el peligro y lo prohibido, buscando nuevas experiencias expresándose así de forma simbólica sus conflictos y forma de relacionamiento.

Al igual que en resultados obtenidos en otros estudios de prevalencia de consumo de sustancia en adolescentes, en la variable consumo de otras sustancias, se evidenció que luego del alcohol, el mayor porcentaje corresponde a la Marihuana, mientras que un 9 % manifestó haber consumido otros tipos de sustancias que alteren el estado de ánimo o conciencia (drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, así como sustancias inhalables que alteran el estado mental).

En cuanto a factores de riesgo se observan en orden de prevalencia el consumo de pares e intrafamiliar, la ausencia de control o control poco estricto y la

inestabilidad emocional. Mientras que como factores protectores se presentan como relevantes el estar institucionalizado y la percepción de un adecuado rendimiento escolar por parte del 85 % de los encuestados. Lo antes mencionado se condice con lo planteado por los ya mencionados en el segundo párrafo de la presente discusión.

Conclusiones

En conclusión, se observaron datos que generan inquietud en cuanto al consumo, el patrón de éste, los factores a los que está ligado y que se presente como puerta de entrada a otras drogas, presentan clara relación con las investigaciones citadas y ponen de manifiesto que es un problema complejo que genera una problemática sanitaria prioritaria.

Sugerencias

Se desprende de lo anterior la importancia de continuar con la línea de estudio y las intervenciones en el campo del alcohol por parte de los profesionales sanitarios, principalmente el rol enfermero a modo de informar, asesorar, facilitar acceso a los servicios de salud y colaborar con el desarrollo de habilidades necesarias para evitar conductas de riesgo.

Se sugieren los siguientes ítems a trabajar con la institución educativa y los adolescentes:

- Brindar información adecuada sobre drogas, incluyendo información sobre efectos y consecuencias, fomentando la realización de actividades entre pares.
- Entrenamiento en habilidades personales, sociales y de afrontamiento (ansiedad, estrés, compañeros y publicidad).
- Enfatizar en la educación sobre normas y valores.
- Formación en competencias personales y sociales generales, como establecimiento de metas, habilidades comunicativas y sociales.
- Formación y apoyo a los profesores.
- Fomentar la participación activa de la familia.

Bibliografía

- Duffy D. Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. Salud & Sociedad [Internet] 2014; 5 (1): 40-52. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752014000100003 [consulta: 29 mar 2017].

- Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ [consulta: 29 mar 2017].
- Chile. Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Niños, niñas y adolescentes, tratamiento de drogas: guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas para población infantoadolescente y sus especificidades. [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Guia%20Asesoría%20Clínica%20Drogas%20y%20Poblac%20CHILE.pdf> [consulta: 30 mar 2017].
- González Fernández Conde MM, Manzano García M, González Fernández Conde M. El profesional de enfermería ante la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes. Rev Enferm CyL [Internet] 2009; 1 (1): 2-13. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/11/2> [consulta: 2 abr 2017].
- Gil Calvo A. Revisión sistemática sobre la efectividad de las medidas educativas sobre drogodependencias en el ámbito escolar [tesis] [Internet]. 2015. Disponible en: http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001099.pdf [consulta: 2 abr 2017].
- Espada JP, Botvin GJ, Griffin KW, Méndez X. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Rev Papeles del Psicólogo [Internet] 2003; 23 (84): 9-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf> [consulta: 2 abr 2017].
- Moniño García M. Factores sociales relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de la región de Murcia [tesis doctoral] [Internet]. 2012. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/28994/1/TESIS%20Alcohol%20-Miriam%20Mo%C3%B1o%20Garcia.pdf> [consulta: 2 abr 2017].
- Gómez Gómez R. El consumo de alcohol en la adolescencia: una mirada desde la prevención [tesis] [Internet]. 2015. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7455/GomezGomezR.pdf?sequence=1> [consulta: 2 abr 2017].
- Mena M, Muñoz S. Presión social y consumo de alcohol en los adolescentes [tesis]. [Internet]. 2010. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2301/1/tps605.pdf>
[consulta: 2 abr 2017].

- Lucas Moreno G de. Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la comunidad de Madrid [tesis] [Internet]. 2014. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/24522/1/T35211.pdf> [consulta: 2 abr 2017].
- Fernández Bustos P. Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes [tesis] [Internet]. 2010. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9003/TESIS%20FINAL%20MAYO%202010.pdf?sequence=1> [consulta: 2 abr 2017].
- Cicua D, Méndez M, Muñoz L. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. Rev Pensamiento Psicológico [Internet] 2008; 4 (11): 115-34. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111671008> [consulta: 2 abr 2017].
- Amaro V, Fernández J, González M, Pardo M, Zunino C, Pascale A, et al. Consumo de alcohol en niños y adolescentes: Una mirada desde el tercer nivel de atención. Arch Pediatr Urug [Internet] 2016; 87 (1): 40-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000500006&lng=es [consulta: 2 abr 2017].
- Belamendia M, Durán P, Penzo M, Martínez G, Bazano Mariella, Maddaleno M, et al. Sistema Informático del Adolescente (SIA): historia clínica del adolescente y formularios complementarios: instrucciones de llenado y definición de términos. [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sip&alias=192-sistema-informatico-del-adolescente-sia-1&Itemid=219&lang=es [consulta: 2 abr 2017].
- Uruguay. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas. VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media.[Internet]. 2014. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy//images/stories/pdf/VI_Encuesta_Nacional_Consumo_Drogas_Estudiantes_Ense%C3%B1anza_Media.pdf [consulta: 2 abr 2017].
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud Adolescente. Guía de abordaje a la salud

integral de adolescentes en el primer nivel de atención. Montevideo: MSP; 2009.

- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Detección de consumo de alcohol: intervención breve para adolescentes y jóvenes. Montevideo: MSP; 2012.

Anexos

Anexo 1

Etiología del consumo de alcohol y otras drogas

Durante las últimas décadas se ha avanzado considerablemente en la investigación sobre la etiología del abuso de sustancias en la adolescencia, proponiéndose múltiples explicaciones teóricas (Becoña, 1999). El modelo de creencias de salud de Becker

(1974) resalta la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones. La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) recalca la influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores. Los teóricos de la personalidad subrayan la vulnerabilidad individual, por ejemplo la teoría de la auto-depreciación de Kaplan (1980) otorga un papel central a las carencias afectivas de la persona. Otras teorías, como el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weis (1985), analizan el conflicto generacional e insisten en la importancia del distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar. También se han planteado propuestas integradoras, como la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977), que intentan conjugar múltiples determinantes del consumo de drogas en la adolescencia.

En conjunto los estudios han identificado numerosos factores de riesgo del consumo de drogas en la adolescencia, así como factores protectores que reducen la probabilidad del abuso de sustancias (Hawkins, Catalano y Miller, 1992).

Factores de riesgo y factores de protección

Existe un acuerdo unánime entre los investigadores centrados en esta extensa área de trabajo sobre la función básica que cumplen los factores de riesgo y de protección con respecto al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, y es ésta la que conforma su conceptualización más fundamental. Así, las definiciones básicas de ambos conceptos podrían expresarse (Clayton, 1992):

- un factor de riesgo es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso/abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).
- un factor de protección es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso/abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación de las mismas.

A la hora de estudiar los factores de riesgo y de protección implicados en el consumo de drogas es necesario tener en cuenta que hoy existen evidencias empíricas que tienden a avalar la hipótesis de constructor distintos (Wit, Silverman, Goodstadt y Stoduto, 1995; Kim, Zane y Hong, 2002; NIDA, 2003), de modo que los factores de protección serían independientes y, así, con capacidad de ejercer efectos independientes en el comportamiento (Jessor, Banderin, Costa, Turbin y Van Den Vos, 1995). Esta característica se constituye en un elemento importante para la conceptualización de los factores de protección, ya que desde este punto de vista, la protección no se desarrollaría por el solo hecho de evitar la presencia de factores de riesgo, sino que su desarrollo está determinado por factores con capacidad de minimizar el riesgo. Así pues, no es posible atender a los factores predeterminantes de la conducta de forma aislada, sin tener clara la existencia de importantes relaciones de carácter dinámico y recíproco que se establecen entre sus propios componentes y, sobre todo, entre ellos mismos y el uso/abuso de drogas consecuente.

A modo de resumen, los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo y protección en relación con el abuso de drogas son los siguientes:

- 1) Un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados.
- 2) Varios factores de riesgo o protección pueden tener un impacto en un simple resultado.
- 3) El abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección entre sí.
- 4) La relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

Un factor de riesgo viene a ser una asociación o correlato entre un sujeto y un resultado, pudiendo evaluarse antes de que haya producido el resultado o utilizarse para dividir a la población en subgrupos de alto y bajo riesgo (Offord y Kraemer, 2000). Por tanto, es algo previo y podemos conocerlo antes de que ocurra el resultado. Offord y Kraemer distinguen tres tipos de riesgo: marcador fijo, factor de riesgo variable y factor de riesgo causal. El factor de riesgo que no puede cambiarse sería el marcador fijo, como el sexo, la fecha de nacimiento, etc. Cuando un factor de riesgo puede cambiar espontáneamente dentro del sujeto o como resultado de una intervención se hablaría de factor de riesgo variable. Cuando un factor de riesgo puede ser manipulable y cuando dicha manipulación cambia la probabilidad del resultado, se llamará factor de riesgo causal. Pero además, aunque encontramos que un factor de riesgo es significativo en su asociación estadística con un resultado, no debemos olvidar que ha de tenerse en cuenta si es de relevancia clínica o social. No es lo mismo la significación estadística en la asociación entre un factor de riesgo o factor de protección y un determinado resultado que la relevancia clínica o social de los mismos.

A pesar del acuerdo de los expertos y de la claridad expuesta a la hora de definir los conceptos de factor de riesgo y de protección, las distintas alternativas propuestas por los diversos grupos de investigadores interesados en comprender la dinámica de los predictores del abuso de drogas no han aportado una única vía de aproximación a este problema tan complejo. Esta aparente disparidad de opiniones y de resultados queda resuelta si se tienen en cuenta una serie de principios fundamentales sobre los que se asientan la comprensión de este tipo de factores dentro de un marco más dinámico, cercano a la realidad de los hechos y lejos del carácter estático de los mismos, expuesto en su conceptualización (Clayton, 1992). Estos son los principios generales que se deben tener siempre en cuenta cuando hablamos de factores de riesgo y de protección:

- Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.

- La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección.

- El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto adictivo puede atenuarse según la naturaleza y contenido de los mismos.

- La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el uso de drogas.

- Las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de drogas. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que éstos lleven al consumo de drogas.

Si relacionamos el marco de interpretación de los factores de riesgo con la población adolescente, definiremos un joven con alto riesgo para el consumo de sustancias como aquel adolescente que tiene entre 13 y 14 años y que, debido a la presencia de determinadas características y condiciones (factores de riesgo), tiene mayor probabilidad de usar tanto drogas legales como ilegales.

Atendiendo a la definición expuesta, es necesario destacar, que los factores que facilitan el uso de una o varias drogas en su inicio o en el mantenimiento pueden ser características que existan ya dentro del propio individuo. Y el uso o abuso también puede estar relacionado con las condiciones en las que vive el individuo, con las circunstancias externas a él. Como consecuencia, los jóvenes con alto riesgo para el abuso pueden diferenciarse de los que no lo están por las características personales o las condiciones que influyen en la forma de guiar sus vidas. En este sentido, se han enumerado de forma genérica los siguientes factores de riesgo: tener problemas económicos, ser hijos de padres con problemas de abuso de drogas, ser víctimas de abuso físico, sexual o psicológico, ser jóvenes sin hogar, ser jóvenes que abandonan la escuela, jóvenes embarazadas, jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos, jóvenes con problemas de salud mental, jóvenes que han intentado cometer suicidio (Clayton, 1992). Los dos primeros factores de riesgo describen atributos o condiciones externas al individuo que pueden incrementar la probabilidad del abuso de drogas. Es poco probable que el uso de drogas en una persona joven sea la causa de su pobreza o de que sus padres abusen de drogas. Sin embargo, sí es posible que el abusar de drogas haga a la persona más vulnerable a ser víctima de sucesos de riesgo. De esta forma, los seis últimos factores expuestos pueden ser tanto causas como efectos del abuso de sustancias. Esto ilustra un aspecto determinante de la investigación sobre factores de riesgo y abuso de drogas: el orden temporal y la dirección de la relación entre ambos. Algunas relaciones son claramente asimétricas, mientras que otras son recíprocas.

Finalmente, indicar que, a pesar de ser éste un campo de estudio en el que se ha avanzado con profundidad y rapidez en los últimos años, cuenta con una gran cantidad de problemas asociados. En primer lugar, es necesario considerar el carácter dinámico del fenómeno del consumo y la rápida evolución a la que se encuentra sometido, estableciéndose cambios importantes no sólo en el tipo de sustancias de consumo sino también en los patrones típicos de uso de las mismas. En segundo lugar, es importante recordar que nos encontramos ante una gran cantidad de factores y variables de riesgo que afectan a distintas áreas del individuo (la social, la interpersonal, la psicológica) y que, aunque su implicación ha sido probada en múltiples ocasiones, es necesario ponderar su peso diferencial en la explicación del complejo fenómeno del consumo de drogas.

El estudio de los factores de riesgo y de protección tiene una historia relativamente corta. La mayor parte de la atención se ha dirigido hacia los factores de riesgo para el uso de drogas y no para el abuso de drogas (Rhodes et al., 2003). Asimismo, se necesita un mayor esfuerzo para comprender los factores de riesgo y protección relacionados con la transición en el uso de drogas, desde su inicio, mantenimiento y progresión dentro de las diferentes clases de drogas, el cese y recaída en abuso, sobre el fenómeno de uso múltiple de drogas, etc. (Clayton, 1992).

Clasificación

Tradicionalmente, los factores de riesgo se han agrupado en individuales, contextuales e interpersonales (Hawkins et al., 1992; Moncada, 1997; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992). Como hemos visto, los factores de riesgo individuales hacen referencia a la vulnerabilidad biológica, a determinadas tendencias o patrones de conducta, a estados emocionales negativos o a las actitudes favorables hacia el uso de drogas. Los factores de riesgos contextuales o ambientales operan a una escala extensa y alejada de la conducta de consumo. Ejemplos de estas variables serían, las regulaciones legales sobre la venta y el consumo de drogas, los factores culturales, geográfico y económico, la influencia de los medios de comunicación o los factores de tipo comunitario. Y los factores de riesgo interpersonales tienen que ver con el ámbito escolar, con el grupo de amigos y con el ámbito familiar y juegan también un papel primordial en el inicio y el mantenimiento de las conductas de uso de drogas.

Así, son muy numerosas las clasificaciones realizadas hasta la fecha de los factores de riesgo y de protección (Hawkins, Arthur y Catalano, 1995; Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur, 1997; Becoña, 1999; Belcher y Shinitzky, 1998; Petterson et al., 1992; Hawkins et al., 1992; Clayton, 1992, Graña, Delgado y Muñoz, 2000; Lloyd, 1998 o Moncada, 1997; entre otras).

De estas clasificaciones de los factores de riesgo y de protección en el uso de drogas, las que consideramos como principales referencias son la de Pollard et al., (1997) y en lengua castellana la de Muñoz-Rivas et al. (2000) y la más reciente de Becoña (2002).

En la primera de ellas, los factores de riesgo y de protección en el uso de drogas son agrupados en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individualiguales. Dentro de la comunidad los factores de riesgo considerados son: bajo apego en la crianza,

desorganización comunitaria, transiciones y movilidad, leyes y normas favorables al uso de drogas y disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego, siendo los factores de protección los refuerzos por su implicación en la comunidad y las oportunidades para la implicación en la comunidad. En el dominio escolar hay dos factores de riesgo y otros dos de protección. Los de riesgo son el bajo rendimiento académico y el bajo grado de compromiso con la escuela. Los de protección, las oportunidades por su implicación en la escuela y los refuerzos por su implicación en la escuela. Dentro del dominio familiar los factores de riesgo son la baja supervisión familiar, la baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección, el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por la implicación familiar. Finalmente, en el dominio individual y de los iguales, los factores de riesgo que consideran son la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial de los iguales, el uso de drogas por los iguales, el refuerzo por parte de los iguales de la conducta antisocial, la búsqueda de sensaciones y el rechazo de los iguales. Y como factores de protección, la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales.

Muñoz-Rivas et al. (2000), en su clasificación, los agrupan en dos categorías, ambientales/contextuales e individuales. En la primera incluyen el grupo de factores que proporcionan las expectativas legales y normativas para la conducta, leyes y normas favorables hacia la conducta, disponibilidad de la droga, estatus socioeconómico, lugar de residencia y desorganización del barrio. En la segunda categoría agrupan todos aquellos factores relacionados con el desarrollo individual, entre los que recogen factores genéticos (fisiológico/químicos, estudios con familias, gemelos y adopción), factores biológico-evolutivos (sexo y edad), factores psicológicos (depresión y ansiedad y características de personalidad –búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, actitudes favorables hacia la droga y ausencia de valores ético-morales), factores de socialización, incluyendo factores familiares (estructura y composición familiar, estatus socioeconómico familiar, disciplina familiar, relaciones afectivas y comunicación, actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas), factores relacionados con la influencia del grupo de iguales (asociación con compañeros consumidores, identificación con grupos desviados, rechazo por parte de los iguales y relaciones de apego e intimidad y el tipo de droga consumida y que modulan la influencia del grupo de iguales) y factores escolares (abandono escolar, fracaso académico, y tipo y tamaño de la escuela).

Por último, Becoña (2002) clasifica los factores de riesgo y de protección en: familiares, comunitarios, compañeros e iguales, escolares e individuales.

Algunos conceptos sobre las modificaciones psíquicas en la adolescencia

Impulsos instintivos

La pubertad, con el desarrollo de la capacidad reproductiva y orgásmica, produce una eclosión de la sexualidad que muchas veces toma casi por sorpresa al adolescente, aún no habituado a acercarse a quien pueda satisfacer sus deseos sexuales. Esta irrupción incipiente de la sexualidad genital se pone de manifiesto tanto en sus sensaciones físicas, sus preocupaciones románticas, su masturbación, sus escrúpulos morales y sus obsesiones sexuales, como en las costumbres grupales, las formas de esparcimiento o la vestimenta, tendiente a seducir al sexo opuesto.

Ello es precedido o acompañado por un resurgimiento de la pregenitalidad (sexualidad infantil temprana). Blos (1982) señala que en la preadolescencia se muestra un aumento difuso de la motilidad, voracidad, actitudes sádicas, actividades anales (expresadas en placeres coprofílicos, lenguaje obsceno, rechazo por la limpieza, fascinación por los olores y gran habilidad en la producción onomatopéyica de ruidos) y juegos fálicos exhibicionistas. Este retorno a formas primitivas de funcionamiento mental, constituye la llamada “regresión al servicio del desarrollo”, que es una vuelta atrás transitoria y no patológica, necesaria para romper los lazos de dependencia infantil, un hacer pie en el pasado para proyectarse hacia delante.

El “Yo”

Se entiende como “Yo” al polo ejecutivo de la personalidad, al agente encargado del gobierno y distribución de los impulsos. En esta etapa el Yo debe modificarse para afrontar una mayor presión de los impulsos instintivos. Los cambios obedecen también, a la consolidación en el comienzo de la adolescencia, de la transición del pensamiento concreto a otro de mayor nivel de abstracción, simbólico. Es lo que Piaget llama el pasaje del período de operaciones concretas al de operaciones formales y manipulaciones lógicas. Este desarrollo cognitivo determina una visión de las personas y el mundo circundante tan sustancialmente diferente, que causa en el adolescente un impacto de magnitud similar al de la maduración sexual. Meltzer (1978) menciona, como se suele creer y realmente así parece ser en muchos casos, que el adolescente está fundamentalmente interesado en la sexualidad, pero en realidad está preocupado por el conocimiento y comprender.

Exigencias y metas

En esta etapa cambian las exigencias y las metas que el individuo se plantea a sí mismo con una reformulación de sus principios éticos y morales. Junto a ello, cambia la manera personal de ver el mundo, a través de una escala propia de valores, ideales y patrones éticos, de una serie de concepciones sobre cuestiones relacionadas con la naturaleza, la cultura, la religión, la política o el sentido de la existencia

Nuevos objetos de amor

Con la desidealización de las figuras parentales, que priva al joven de la protección omnipotente que le significaban sus padres cuando él era pequeño, y la consiguiente apertura exogámica.

Aparecen sentimientos de ambivalencia frente a los padres, manifestaciones de apego y admiración con abierto rechazo y desvalorización.

Surgen discordancias entre las imágenes de una persona poderosa, brillante, encantadora, sofisticada, y el innegable aspecto físico y mental de inmadurez, inestable entre dos mundos, que realmente es.

Aparecen sentimientos de vergüenza e inferioridad así como conflictos morales, por el choque entre la instintividad y su autocrítica, a veces exagerada y otra inexistente. Asimismo, oscilaciones erráticas del humor, vaivenes emocionales, junto a “hambre de identificaciones”, búsqueda de ídolos y líderes que satisfagan sus necesidades primitivas de idealización, al tiempo que le permitan tomar distancia de sus antiguos amores familiares. El joven intenta fortalecerse y protegerse de la sensación de fragilidad que le produce la pérdida de la imagen de sus padres vistos como todopoderosos en sus primeros años.

Vivencias de vacío y vulnerabilidad del sí mismo

El adolescente atraviesa necesariamente por momentos en los que se siente vacío y teme esa sensación desagradable que se reitera sin que él pueda gobernar su aparición. A veces la sensación de vacío se liga a alguna razón conocida, como la pérdida de algún amigo, o un novio/a, la muerte de algún ser querido, un fracaso escolar. En otras ocasiones, la causa de la desazón es más subjetiva o difícil de precisar. Como se señaló anteriormente, aparecen en esta etapa otras pérdidas, como la imagen idealizada y omnipotente de los padres, la seguridad absoluta que ellos brindaban, el cuerpo infantil, que da paso al desarrollo puberal. La vivencia de vacío consiste en una experiencia dolorosa y perturbadora que se suele llamar “depresión”, pero que apenas se investiga con un poco de detenimiento, aparece específicamente como sensación de vacío interior, hastío, desasosiego crónico, desinterés, sensación de futilidad ante la vida, así como pérdida de la normal capacidad para enfrentar la soledad y sobreponerse a ella.

Ahora bien, desde la timidez vergonzante hasta la desfachatez y los aires grandiosos de superioridad, desde la introversión inhibida hasta la arrogancia o la exaltación ansiosa, podemos atribuir estas características a un joven que transita una adolescencia normal, siempre y cuando no constituyan pautas rígidas y estereotipadas de funcionamiento y en tanto se alternen con momentos de alegría, entusiasmo e ilusiones esperanzadas. De ser así, el joven puede conservar intacta su capacidad de amar y sus dotes para el aprendizaje. El carácter fugaz y transitorio de estas manifestaciones en el adolescente muestra asimismo su función experimental, de prueba y ensayo. Él está sumido en una búsqueda inquietante. Llega a estados autoinducidos de tensión, situaciones de extremo esfuerzo, agotamiento o dolor. Estos estados actúan como una suerte de estimulante afectivo y sensorial, que facilita el reconocimiento de los límites y la

integridad de su sí mismo. Otras veces la búsqueda de estimulación es para permitir recuperar la vivencia de un sí mismo cohesivo, firme y valioso. Los recursos son diversos: la hipersociabilidad, el trabajo o la sexualidad compulsiva, y por supuesto, las sustancias psicoactivas.

Cabe destacar que en la progresiva organización de la mente, las funciones y estructuras recientemente adquiridas manifiestan un alto grado de reversibilidad. Es decir, en la adolescencia se producen importantes logros en la consolidación de la identidad, dándose lugar a nuevas configuraciones psíquicas, pero éstas presentan un alto grado de vulnerabilidad.

Búsqueda de riesgos

Desafíos, emociones y riesgos, son buscados activamente por el adolescente, porque producen un incremento en la cohesión del sí mismo. Un joven lo explicaba diciendo que “solo se tiene la máxima seguridad de estar vivo, y bien vivo, cuando un escalofrío te recorre la espalda”. Lichtenberg señala que parte de este “desafío regulatorio” para los padres, es ver cómo sus hijos se exponen a emociones ante las cuales la identidad del joven se refuerza, y el riesgo es controlado. Un antecedente y prototipo infantil de ello es la sensación de ser arrojado al aire y caer en los brazos fuertes y seguros del padre. En esta etapa, el adolescente quiere ser él mismo quien elija cuál riesgo asumirá y cuál no. Quiere él decidir cuáles serán sus modelos, cuáles sus rivales en estos desafíos. Toda esta actividad del joven transita el terreno de la normalidad, y usualmente es beneficiosa para su desarrollo, promoviendo su aprendizaje de los demás y de sí mismo.

En particular, dicha demanda de emociones y riesgos puede hallar la oferta de drogas, provista muchas veces por el grupo, al que el adolescente necesita como marco de referencia.

Presión social

En la búsqueda de nuevas figuras de identificación y la lucha contra la propia dependencia infantil de las figuras parentales, se pasa a depender en mayor grado del grupo social de pertenencia, como también, a ser más influenciado por los medios masivos de comunicación, que muchas veces presentan el uso de drogas legales como privilegio exclusivo, placentero y excitante.

A su vez, se tienden a incorporar patrones de conducta pertenecientes a jóvenes o adultos cercanos que gocen de estima, prestigio y reputación, cabiendo considerar la influencia de los padres y el grupo social a través del uso de drogas legales. El adolescente que sufre por su debilidad relativa, puede generar una sensación de madurez y pertenencia grupal en la medida que consume drogas. Ello le facilita también, el afrontar situaciones de honda angustia social, creyendo sentirse más fuerte.

Entre los elementos señalados, pueden encontrarse motivos internos de peso tanto para acercarse al uso de drogas como para no vincularse de manera problemática con las sustancias.

En general, la perturbación del equilibrio que se produce en la adolescencia conlleva sentimientos tanto placenteros como displacenteros, que van desde la sana alegría, frescura juvenil y estados de franca exaltación, a sentimientos de inferioridad, vergüenza, culpa, tristeza y melancolía.

Frecuentemente, los adolescentes perciben que muchas sustancias psicoactivas permiten un alivio transitorio a estos estados disfóricos y también una huida temporaria de otras circunstancias vitales externas desagradables, de orden familiar o social. El uso de drogas constituye, en este sentido, el intento de restablecer el equilibrio perturbado por estos procesos de reacomodación psíquica.

Por otra parte, resulta interesante brindar algunos ejemplos complementarios en torno a rasgos sobresalientes que pueden incidir en conductas de riesgo vinculadas a usos de drogas por adolescentes:

Omnipotencia: “Sé lo que hago: no pasa nada porque beba los fines de semana”
Inseguridad: “Cuando bebo unas copas tengo más confianza en mí mismo para bailar, hablar, etc”.

Atracción por situaciones de riesgo: Tomar drogas puede vivirse como una actividad arriesgada.

Necesidad de ser y significarse: “Necesito que los adultos reparen en mí. Si no lo consigo de forma positiva lo haré desde la indisciplina o el consumo de determinadas sustancias”.

Necesidad de autoafirmarse: “Consumo drogas para oponerme a los adultos (drogas ilegales) o para ser como ellos (alcohol y tabaco)”.

Búsqueda de identidad en el grupo de iguales: “Todos mis amigos beben y yo lo hago también por no sentirme distinto”.

Cabe aquí la reflexión, de que la preocupación por los consumos de drogas por los adolescentes y jóvenes emerge de una sociedad de consumo que al tiempo que intenta preservar a sus integrantes más frágiles, busca afanosa e infructuosamente crear sustancias o producir bienes materiales que puedan ser capaces de aliviar u ocultar todo sufrimiento a la existencia humana. Una sociedad en la que priman condiciones de incertidumbre y frustración, generando lo que suele llamarse crisis en el sentimiento de apego a la vida, cuyas manifestaciones se expresan a nivel de diversas formas de conducta, como son las vinculadas al consumo problemático de drogas, a los accidentes y a los intentos de autoeliminación.

Si en cualquier circunstancia, el adolescente en su condición de tal debe enfrentar la difícil tarea de conquistar el mundo adulto, con todo lo incierto e inquietante que hay en él, la inseguridad imperante en el entorno actual, determina que crecer, en tanto abandonar la seguridad del mundo infantil, se vuelva en estas condiciones, una tarea mucho más difícil aún.

En situación de desamparo, ante vivencias de vacío y soledad que se agregan a las circunstancias críticas que por su condición de adolescente vive el sujeto en esta etapa de la vida, las drogas pueden aparecer como una ilusión de salida mágica, inmediata, ligada a una experiencia agradable y placentera.

A su vez, en una sociedad de aislamiento, las drogas pueden permitir salir del anonimato y otorgar identidad, como en tantas situaciones en que el joven deja huellas para ver si alguien se mueve y se conmueve.

El adolescente: sujeto y objeto de un proceso

En la adolescencia el sujeto está experimentando una serie de cambios decisivos para su vida futura. En esta etapa evolutiva el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, si no fijados, al menos orientados, y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional, comportamental y físico que lo llevará a tratar de independizarse de sus padres y a buscar su propia identidad.

Desde una perspectiva individual, debemos recordar que la pubertad se manifiesta por profundas modificaciones fisiológicas que evidentemente tienen importantes repercusiones psicológicas y/o sociales, tanto a nivel de la realidad concreta como a nivel de lo imaginario y lo simbólico.

El cuerpo se transforma a un ritmo variable, pero de forma global, enfrentándose el sujeto a una serie de modificaciones corporales que le cuesta integrar y que sobrevienen a un ritmo rápido. Vestido, o a veces disfrazado, el cuerpo representa para el adolescente un medio de expresión simbólica de sus conflictos y de sus formas de relación.

En el ámbito neurobiológico, se sabe desde hace mucho tiempo, que las funciones integrativas superiores están contenidas dentro de la corteza cerebral. La mente humana depende en parte del encéfalo, el cual se desarrolla en secuencia evolutiva para varias estructuras y funciones biológicas.

En el período fetal el desarrollo del encéfalo se realiza en dirección cefalo-caudal. Así, en el momento del nacimiento, las distintas estructuras que lo forman tienen diferentes niveles de desarrollo. La densidad de las sinapsis (uniones neuronales) cortical, al parecer aumenta durante la lactancia, alcanzando su máximo, un 50% más que la media del adulto, entre el año y los dos años; después disminuye hasta los 16 años, época en que permanece relativamente constante, hasta los 75 años.

Este fenómeno, quizás ayude a explicar por qué el encéfalo inmaduro se recobra más completamente de una lesión que cuando ya está bien desarrollado. El evidente aumento de sinapsis explica, asimismo, la plasticidad del niño en desarrollo.

Entre las áreas primarias, la motora es la parte más desarrollada de la corteza cerebral durante los dos primeros años de vida. Más tarde, el desarrollo se extiende a cada una de las áreas primarias (sensitivas, visuales y auditivas). A los dos años de edad el área primaria sensitiva se pone a la par con el área motora. Este proceso cerebral continúa desarrollándose a lo largo de la infancia y adolescencia y, posiblemente, ya entrada la edad adulta.

El proceso de mielinización, que se correlaciona con la maduración del sistema nervioso y corresponde al fenómeno por el cual algunas fibras nerviosas adquieren durante su desarrollo mielina (sustancia que recubre el eje de las fibras nerviosas aumentando la velocidad de transmisión del impulso nervioso), continúa a lo largo de la infancia y de la adolescencia. La mielinización se correlaciona con varias conductas; por ejemplo, un retardo en este proceso explica el hecho de que la sonrisa en los prematuros aparezca diez meses después del momento en que es observada en lactantes normales de la misma edad postnatal.

El control neuroendocrino pasa por una secuencia evolutiva similar a la de la mielinización. Así, el eje hipotálamo - hipofisario gonadotropina-gonadal (involucrado en la liberación de hormonas, neurotransmisores, etc.), parece empezar a funcionar durante la vida fetal y en los primeros años de la lactancia. En las etapas preescolar y escolar, su actividad llega a un nivel bajo. Por último, vuelve a activarse en la pubertad. Este eje se activa bajo condiciones de estrés, aumentando en algún lugar del circuito los niveles de cortisol, que es una hormona fundamental en la activación defensiva del cuerpo contra el estrés, bajo condiciones de intensa acumulación de angustia, rabia y depresión.

Con la pubertad se da inicio a la adolescencia, etapa en la cual existen cambios en el ámbito neurobiológico. La evidencia de estas importantes y profundas transformaciones, tanto organizacionales como funcionales, se produce principalmente a nivel de los lóbulos frontales. Las áreas del lóbulo frontal juegan un rol crítico en una variedad de procesos, incluyendo la planificación y toma de decisiones, el control impulsivo, los movimientos voluntarios, la memoria y una variedad de otras funciones. La sustancia gris del lóbulo frontal alcanza su punto más alto de desarrollo entre los 11 y 12 años, y desde allí decrece durante la adolescencia. Este descenso en la sustancia gris, probablemente refleja dos procesos separados: la disminución del número de sinapsis entre neuronas en el lóbulo frontal y la disminución del proceso de mielinización en los lóbulos frontales. Mientras estos cambios organizacionales se llevan a cabo, existen cambios concomitantes en la actividad de esta zona.

Aunque la totalidad de la energía utilizada en los lóbulos frontales disminuye durante esta etapa, estudios de resonancia nuclear magnética funcional, sugieren que la actividad que ocurre en los lóbulos frontales en la ejecución de ciertas tareas, aumenta.

Se sugieren otros cambios cerebrales en el período adolescente: el cuerpo calloso aumenta su tamaño, el volumen de la sustancia gris de los lóbulos parietales (involucrados en el procesamiento de la información sensorial, entre otras funciones) alcanza su mayor desarrollo alrededor de los 11 años y disminuye hacia la adolescencia; el volumen de la sustancia gris de los lóbulos occipitales (involucrados en el procesamiento de la información visual) se incrementa durante la adolescencia hasta el inicio de los 20 años, el volumen de la sustancia gris de los lóbulos temporales (críticamente involucrado en la formación de la memoria, así como en el procesamiento visual y auditivo) no alcanza su máximo desarrollo sino hasta los 16-17 años. Además de los cambios que ocurren en la neocorteza, aparece una variedad de transformaciones en las estructuras subcorticales.

En ratas, estudios de Teicher y cols. en 1995 y posteriormente de Spears en el año 2000, mostraron que los niveles de receptores de dopamina en el núcleo accumbens (estructura que forma parte del circuito de recompensa), aumentan dramáticamente entre los días 25 a 40, una edad que cae justamente en la ventana del desarrollo referida como la adolescencia en el roedor.

De este modo, aunque no está aún claro lo que estos cambios significan, lo que parece que está ocurriendo durante la adolescencia es que los lóbulos frontales y las otras estructuras señaladas, se hacen cada vez más eficientes en relación con las ejecuciones de la vida adulta. Se plantea, probablemente, que esta especialización del cerebro adolescente, al menos en parte mediada por la experiencia, pueda tener la posibilidad de alterarse en su desarrollo normal con el uso y/o abuso de drogas en este período. Por ejemplo, con respecto al circuito de recompensa (que integra al núcleo accumbens), dado que los receptores de dopamina en dicho núcleo juegan un rol crucial en las propiedades de recompensa (producción de placer) de las drogas, estos cambios podrían tener importantes implicaciones por los incrementos en el uso de sustancias que, a menudo, ocurre en la adolescencia.

A estas modificaciones anatomofisiológicas se une el movimiento intrapsíquico, proceso ligado a la experiencia de separación de las personas, influyentes en la infancia, a un cambio en las formas de relación y en los proyectos elaborados en común; este movimiento puede compararse al de un trabajo de duelo, que puede reeditar pérdidas y/o separaciones en períodos previos o de la pequeña infancia.

En relación con los conflictos previamente evocados, el adolescente debe crear o recurrir a ciertas defensas o medidas defensivas y a procesos adaptativos. La elección de objetos va mostrando mayor variación individual. Los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos. Aparecen jerarquizaciones de las funciones del yo, lo que hace que sobresalgan diferentes intereses, capacidades, habilidades y talentos que son probados experimentalmente en el uso y mantenimiento de la autoestima.

La cualidad narcisista de la personalidad adolescente, que es bien conocida, va adquiriendo una gran importancia con el tiempo. El retiro de la energía, que en un primer momento se dirigía a la figura vincularmente significativa -generalmente los padres- lleva a una sobrevaloración del individuo, una sensibilidad extraordinaria, un aumento de la percepción de sí mismo y de la realidad. Este aumento del narcisismo

se explica porque en la medida que se aleja de las figuras parentales de la infancia, se siente desprotegido y, por lo mismo, frágil; y es de estas vivencias que se defiende con los sentimientos de grandeza y superioridad. El desarrollo, y más tarde el establecimiento del narcisismo adulto, es considerado como necesario en la adolescencia. El adolescente debe escoger nuevos objetos, pero también debe escogerse a sí mismo como objeto de interés, de respeto y de estima. De allí la importancia que los autores dan a las fallas del narcisismo como elemento central en las distintas dificultades psicológicas de los adolescentes. La forma en que ciertos jóvenes maltratan su cuerpo es un signo, entre otros, de sus dificultades narcisistas.

Para poder separarse de los padres reales y de sus representaciones en el mundo interno, el adolescente usa predominantemente la desvalorización, indicándolos como portadores de características negativas (que pueden ser reales o no), características extensibles a figuras sustitutas (profesores, tutores, etc.).

Al retirar la energía mental de los padres, ésta queda libre y puede seguir dos caminos. El más frecuente es depositarla en personas o intereses del mundo externo, lo que explica la gran facilidad para establecer relaciones intensas y transitorias con personas o actividades, generalmente ideológicas, artísticas o deportivas. El otro camino para la energía mental que ha quedado flotando es volverla hacia el mundo interno, lo que se expresa en grandes retracciones del mundo real que los hace ser ensimismados, casi autistas; cuando el yo logra defenderse de este peligro, lo hace con una verdadera hambre de objetos, por lo tanto son personas que están la mayor parte de las veces fuera del hogar, en una búsqueda y experimentación constantes de nuevas vivencias y contactos afectivos.

Otro elemento a considerar en el sujeto adolescente, es la gran importancia que adquieren los órganos de los sentidos, lo que permite una percepción hiperaguda de la realidad, con especiales características. Tal vez esto ayude al yo a aferrarse al mundo de los objetos que está en constante riesgo de perder: la naturaleza, las manifestaciones artísticas, se descubren en toda su belleza y experimentan en relación con ellas, estados emocionales exaltados. También se pueden observar sentimientos de exaltación del yo en los estados autoprovocados de dolor, esfuerzo y agotamiento físico que son típicos de los adolescentes. Aquí aparece la importancia del yo corporal, que les permite mantener la identidad, cuando el "yo psicológico" está envuelto en tantas vicisitudes.

Es necesario reiterar las tensiones instintivas durante toda la adolescencia, ya que se sabe que el aumento de tensión en el aparato mental genera angustia. Para evitarla, el adolescente descarga parcialmente estas tensiones al exterior, vía expresión motora, especialmente a través del deporte o el baile. También son parcialmente descargadas hacia el interior del cuerpo y son la causa de las frecuentes dolencias físicas. La oscilación entre las formas en que el yo y las pulsiones instintivas llegan a un entendimiento, es la regla. Si predomina el yo y aparece la moderación, el idealismo o incluso el repudio a los instintos, recibirá mucho reconocimiento del ambiente; al contrario, si los impulsos instintivos llevan las de ganar, se producirán conflictos con el entorno social.

Droga: definición y concepto

De acuerdo a la OMS “droga es toda sustancia natural o sintética que introducida en el organismo es capaz de modificar una o más funciones del mismo”, (esta definición excluye a los alimentos: los nutrientes son sustrato material para las cadenas metabólicas). Por lo tanto, un gran número de sustancias están incluidas dentro de esta definición, como los medicamentos y las llamadas “drogas de abuso” (que en algunos casos son fármacos que pueden generar abuso y dependencia). No corresponde entonces referirse a “la droga”, sino que existen variadas sustancias que consumidas de diferentes maneras y en diferentes situaciones por distintas personas dan lugar a un amplio espectro de cuadros clínicos y situaciones que pueden ser problemáticas o no, para ese consumidor. Se definen como “sustancias psicoactivas” a aquellas que ejercen un efecto predominante en el Sistema Nervioso Central (SNC), produciendo cambios en el estado de ánimo y la conciencia.

Tipos de Consumo

Existen distintas formas de consumir, las que se pueden clasificar en:

Consumo experimental

Se consume por algún motivo como puede ser curiosidad, presión de los amigos, entre otros. Se “prueba” la sustancia por primera vez, no reiterando dicho consumo.

Consumo ocasional

Se consume la sustancia en determinadas ocasiones o momentos de la vida, como puede ser una reunión con amigos en un fogón, salir a bailar, etc.

Consumo habitual

El consumo es frecuente, cotidiano y no se asocia exclusivamente a determinadas situaciones.

Consumo inveterado

El consumo pasa a convertirse en una conducta en torno a la cual se organiza la vida, dedicando la mayor parte del tiempo a pensar en ello (buscar la sustancia, obtener dinero para comprarla, consumirla y recuperarse de sus efectos).

No necesariamente un consumidor ocasional pasará a ser un consumidor habitual o un habitual se hará dependiente, dado que no necesariamente se da una “escalada” del consumo. Por tanto, ante un sujeto que ha consumido, es importante distinguir su modalidad de consumo.

En este sentido podemos señalar también, distintas pautas:

Se entiende por “uso” aquel tipo de consumo de drogas en el que, bien por su

cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias negativas en el consumidor ni en su entorno. Se trata por lo tanto de un uso no problemático. En la práctica es muy difícil definir un consumo como uso, ya que son tantos los factores a considerar, que lo que para el consumidor podría parecer un uso moderado, puede estar traspasando las fronteras del abuso para otro observador.

Es preciso, entonces, afinar la mirada antes de valorar como uso una determinada forma de consumo. No basta con fijarse en la frecuencia, porque podrían darse consumos esporádicos en los que el sujeto abusara rotundamente de la sustancia.

Tampoco podemos atender sólo a la cantidad, ya que podría haber consumos en apariencia no excesivos, pero repetidos con tanta frecuencia, que podrían estar dando cuenta de una dependencia.

Es preciso también tener en cuenta el entorno del sujeto: puede tratarse de un consumo de drogas que, además de perjudicar al sujeto, afectara gravemente a terceros. Tal es el caso de un trabajador del transporte por ejemplo, que consumiendo alcohol pudiera causar un accidente de tránsito.

Consumo problemático

Se entiende por “uso problemático” aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno. Éstas pueden ser: complicaciones físicas y/o psíquicas; incapacidad para cumplir con las obligaciones; utilización en situaciones cuyo uso puede comportar un peligro; problemas judiciales ligados a la utilización de la sustancia; problemas interpersonales o sociales persistentes o recurrentes causados o agravados por el uso.

Las percepciones con respecto a los consumos de drogas no siempre son correctas, por ejemplo, en caso del consumo de tabaco, algunas personas pueden pensar que fumar un cigarrillo al día podría no ser perjudicial o excesivo. Sin embargo, existe evidencia científica al respecto, y se ha comprobado que puede perjudicar la salud de algunas personas. Por otra parte, alguien podría consumir cocaína en una sola ocasión, pero hacerlo en tal cantidad que desencadenara algún tipo de problema cardíaco. Puede que una mujer sea moderada en sus consumos habituales de alcohol y tabaco, pero si los mantiene durante el embarazo está incurriendo en un uso problemático.

O sea que, más allá de ideas preconcebidas, en cada caso tenemos que analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en el que el consumo tiene lugar, antes de decidir ante qué tipo de consumo nos encontramos.

Abuso

Consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por

consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales y sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas tienen lugar repetidamente durante un período continuado en el tiempo. Los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. La categoría de abuso de sustancias no es aplicable a la cafeína ni a la nicotina.

Criterios para el abuso de sustancias:

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un período continuado en el tiempo: 1) consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela, o en casa (por ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre, descuido de niños o de las obligaciones de la casa), 2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ej., conducir un automóvil), 3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia, 4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esa clase de sustancia.

Dependencia

Siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud, la dependencia es aquella pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor importancia que otras conductas que antes eran consideradas más importantes. El consumo de drogas, que puede haber comenzado como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Éste dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc.

La dependencia psíquica se manifiesta por el deseo compulsivo de consumir la sustancia en forma periódica, para experimentar un estado afectivo agradable o para librarse de un estado afectivo desagradable.

La dependencia física significa que el organismo se habituó a la presencia constante de la sustancia, por lo cual al suspender o reducir bruscamente el consumo aparece un síndrome de abstinencia.

Síndrome de Abstinencia

Es el conjunto de síntomas que aparecen al dejar de consumir una sustancia de la que

se es dependiente. Está ligado al concepto de tolerancia, definida como la necesidad de aumentar las dosis para obtener el mismo efecto (o la disminución del efecto al mantener las mismas dosis). Los síntomas son físicos y psicológicos, y varían en forma e intensidad de acuerdo a la sustancia utilizada, aunque en todos los casos se debe a que se ha alterado el funcionamiento normal del sistema nervioso.

Anexo 2

Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO DE PESQUISA EN ADOLESCENTES

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

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

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

Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona que te está encuestando.

¡Gracias!

Edad	
Sexo	

Durante los últimos 12 meses:	SI	NO
1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos tragos)?		
2. ¿Has fumado marihuana?		
3. ¿Has usado algún otro tipo de sustancia que alteren tu estado de ánimo o de conciencia? **		

**El término “algún otro tipo” se refiere a drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, así como a sustancias inhalables que alteren tu estado mental.

Causas y/o desencadenantes del consumo	SI	NO
1. Sientes que sos inmortal, que nunca te va a pasar nada		
2. Tienes curiosidad		
3. Consume alguno de tus padres, amigos y/o compañeros		
4. En tu casa no te controlan o el control no es estricto		
5. Tienes trastornos emocionales, baja autoestima		
6. Tienes un rendimiento escolar bajo		
7. Te sientes influenciado por la publicidad de la radio o la televisión		

¿Tú consumes?

SI NO

1. Diariamente grandes cantidades de alcohol
2. Abundante, de forma regular los fines de semana
3. Bebes hasta emborracharte en episodios que pueden durar días, semanas o

meses, seguido de un episodio largo de abstinencia total

Comportamiento frente al consumo	SI	NO
1. ¿Sientes a veces que eres adicto al alcohol o las drogas?		
2. ¿Has comenzado a consumir mayor cantidad de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseabas?		
3. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		
4. ¿Te vas a veces de alguna fiesta, porque no hay alcohol o drogas?		
5. Durante el mes pasado, ¿has manejado automóvil o moto estando borracho (a) o drogado (a)?		
6. ¿Te han dicho tus familiares que debes de reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		
7. ¿Sientes que a veces no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		

Consecuencias del consumo	SI	NO
1. ¿Te metes en problemas porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en el liceo?		
2. ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o drogas?		
3. ¿Has tenido un accidente automovilístico o en moto estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		
4. ¿El uso del alcohol o drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento a estar triste o viceversa?		
5. ¿Tienes discusiones serias con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?		
6. Cuando consumes bebidas alcohólicas o drogas, ¿Tienes a hacer cosas que normalmente no harías, tales como desobedecer reglas, violar leyes o llegar tarde a casa?		
7. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		

Anexo 3

Cronograma de actividades

	Marzo / Abril 2017	Mayo 2017	Junio 2017	Julio 2017
Elección de tema				
Elaboración de protocolo				
Relevamiento de datos				
Procesamiento de datos				
Defensa del trabajo de investigación				

Anexo 4

Recursos Materiales y financieros

Bienes de Consumo:

Insumo	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Boletos	150	28	1500

Meriendas y cenas	15	500	3000
Hojas de impresión	200	2,5	500
Cartuchos de tinta	4	125	500
Internet	8	700	2400
Lapiceras	6	20	120
Cuadernolas	6	25	150
Total en \$			8170

Bienes de Uso:

Computadoras
Impresora
Libros

Anexo 5

Resultados

Tabla N° 1. Distribución de la población según sexo

Sexo	FA	FR%
Hombres	69	34,5
Mujeres	131	65,5

Total	200	100
--------------	------------	------------

Fuente: base de datos de la investigadora

Gráfica N° 1. Distribución de la población según sexo

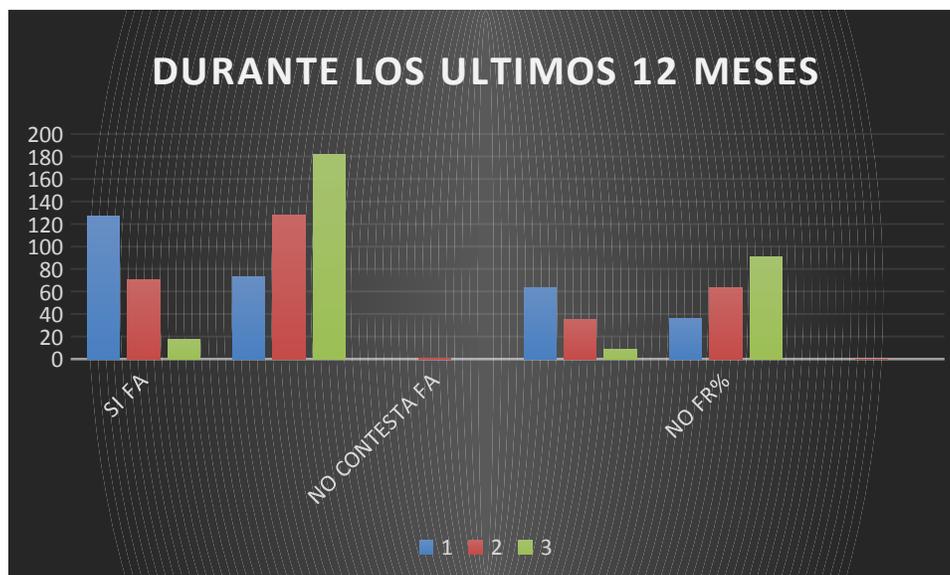


Tabla N° 2. Distribución de la población según edad

Edad	FA	FR%
15 años	64	32
16 años	78	39
17 años	32	16
18 años	18	9
19 años	8	4
Total	200	100

Fuente: base de datos de la investigadora

Gráfica N° 2. Distribución de la población según edad

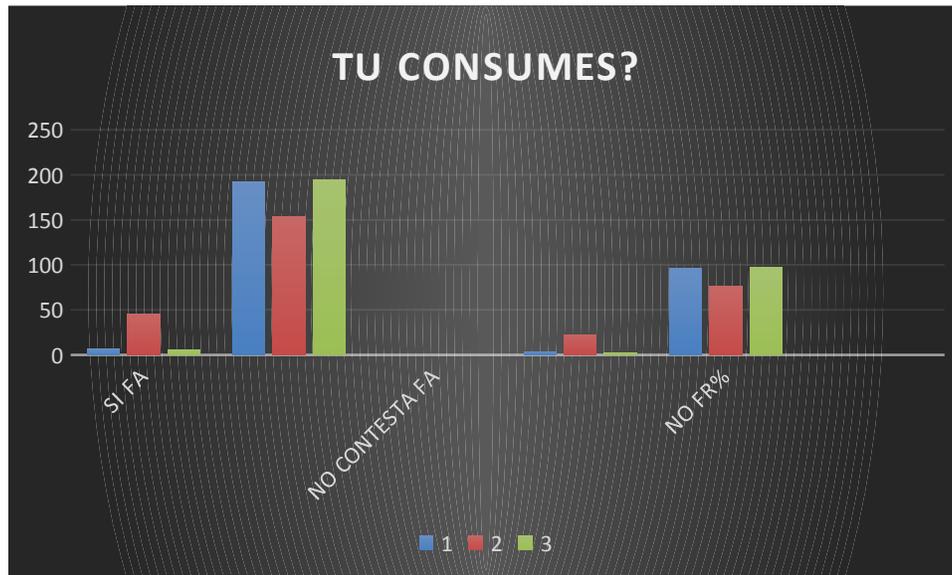


Tabla N°3. Consumo de alcohol y otras sustancias

Respuesta	SI FA	NO FA	NO CONTESTA FA	SI FR%	NO FR%	NO CONTESTA FR%
1	127	73	0	63,5	36,5	0
2	71	128	1	35,5	64	0,5
3	18	182	0	9	91	0

Fuente: base de datos de la investigadora

Gráfica N° 3. Consumo de alcohol y otras sustancias

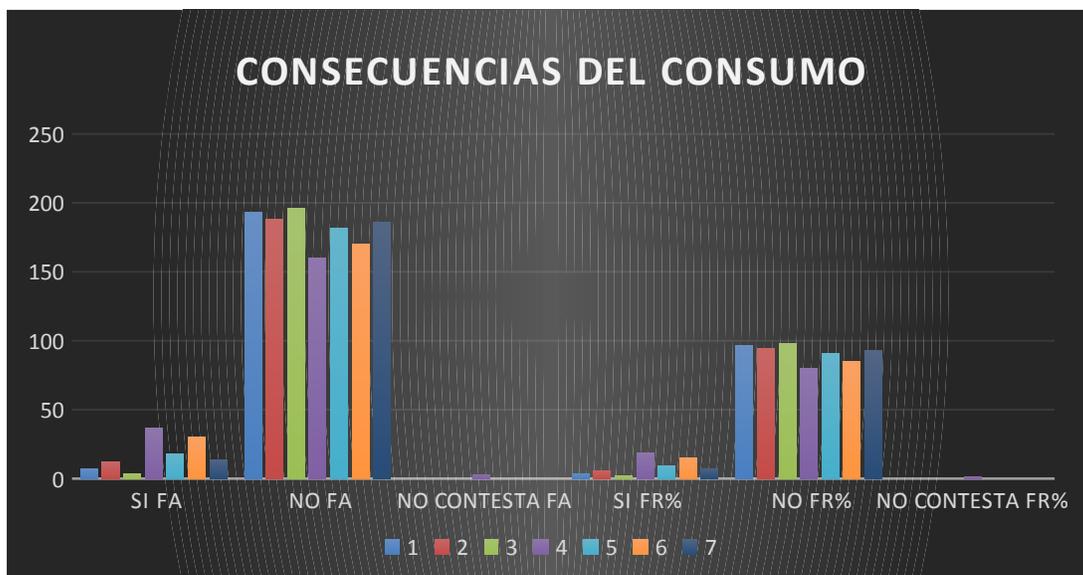


Tabla N°4. Causa y/o desencadenantes del consumo

Respuesta	SI FA	NO FA	NO CONTESTA FA	SI FR%	NO FR%	NO CONTESTA FR%
1	20	177	3	10	88,5	1,5
2	97	99	4	48,5	49,5	2
3	120	78	2	60	39	1
4	70	126	4	35	63	2
5	37	159	4	18,5	79,5	2
6	30	164	6	15	82	3
7	29	170	1	14,5	85	0,5

Fuente: base de datos de la investigadora

Gráfica N° 4. Causa y/o desencadenantes del consumo

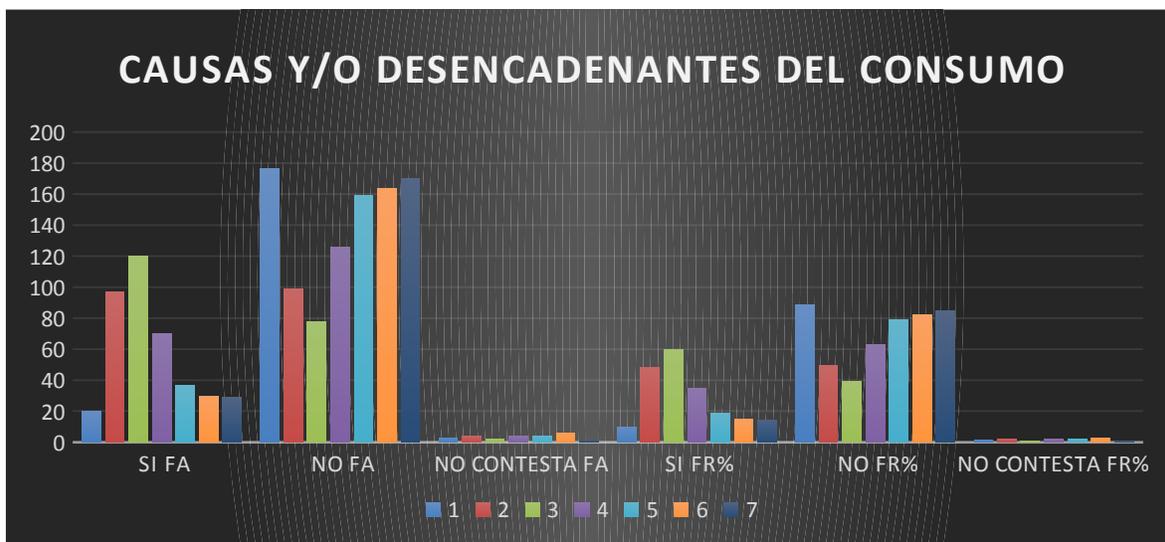


Tabla N°5. Frecuencia de consumo

Respuesta	SI FA	NO FA	NO CONTESTA FA	SI FR%	NO FR%	NO CONTESTA FR%
1	7	193	0	3,5	96,5	0
2	46	154	0	23	77	0
3	6	194	0	3	97	0

Fuente: base de datos de la investigadora

Gráfica N° 5. Frecuencia de consumo



Tabla N°6. Comportamiento frente al consumo

Respuest a	SI FA	NO FA	NO CONTESTA FA	SI FR%	NO FR%	NO CONTESTA FR%
1	11	186	3	5,5	93	1,5
2	25	169	6	12,5	84,5	3
3	12	186	2	6	93	1
4	17	180	3	8,5	90	1,5
5	4	194	2	2	97	1
6	20	178	2	10	89	1
7	19	179	2	9,5	89,5	1

Fuente: base de datos de la investigadora

Gráfica N° 6

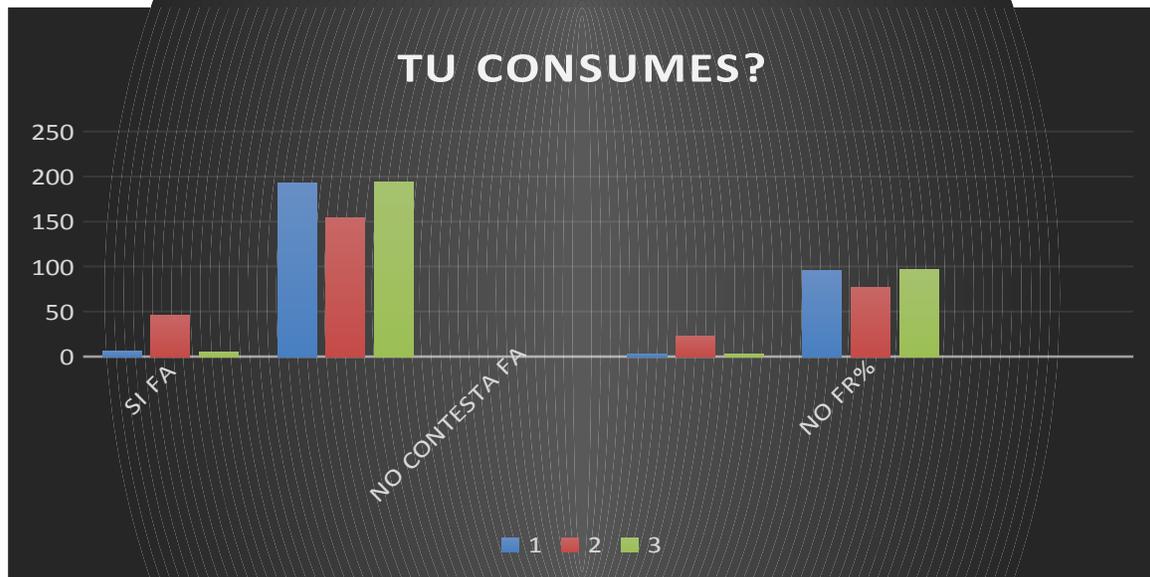


Tabla N°7. Consecuencias del consumo

Respuesta	SI FA	NO FA	NO CONTESTA A FA	SI FR%	NO FR%	NO CONTESTA A FR%
1	7	193	0	3,5	96,5	0
2	12	188	0	6	94	0
3	4	196	0	2	98	0
4	37	160	3	18,5	80	1,5
5	18	182	0	9	91	0
6	30	170	0	15	85	0
7	14	186	0	7	93	0

Fuente: base de datos de la investigadora

Gráfica N° 7. Consecuencias del consumo

