



Triada de sensibilización ante el consumo de sustancias psicoactivas

Guillermo Diaz

Carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad Abierta Interamericana, Facultad de
Medicina y Ciencias de la Salud, Sede Buenos Aires

Código-Taller de trabajo final II

Cesar Hugo Navarro

17 diciembre de 2020

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Problema científico	6
Relevancia	8
Hipótesis	12
Contextualización	13
Antecedentes	13
Marco legal y normativo relativo al problema	17
Contexto local	23
Marco teórico	24
Teoría del déficit de autocuidado	24
Teoría del autocuidado	24
Teoría del déficit de autocuidado	25
Teoría de los sistemas de enfermería	25
Niveles de adicción	27
Efectos de las drogas en el organismo	28
Autoestima y drogadicción	31
Grupo de pares y drogadicción	34
Tríada de sensibilización ante el consumo de sustancias psicoactivas	35
Autocuidado y adicciones	35
Objetivos	37
Diseño metodológico	38
Matriz de datos	40

Instrumento	51
Presentación y análisis de datos	52
Discusión	64
Conclusión	67
Bibliografía	69
Anexos	72

Resumen

En el presente trabajo se señalan y analizan las dimensiones que sensibilizan al sujeto poseedor de algún grado de drogodependencia con la finalidad de comprender cómo y en qué medida las dimensiones personales y extrapersonales afectan en el debut e inserción al mundo de las sustancias psicoactivas. Dicho estudio fue llevado a cabo en el año 2020 en el Barrio de Flores perteneciente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Para llevar a cabo la investigación se realizó una revisión bibliográfica que permite unificar las tres dimensiones que condicionan el consumo de este tipo de sustancias en uno solo: *“La tríada de sensibilización ante el consumo de sustancias psicoactivas”* constituida por el grupo de pares (amigos y allegados al adicto), la dinámica familiar y la autoestima.

El allegamiento de los datos fue realizado mediante un cuestionario de preguntas cerradas en formato de *respuesta múltiple* y distribuido en 5 ejes, el cual fue formulado y expedido a través de la plataforma Google Drive.

Finalmente se llegó a la conclusión que uno de los aspectos de mayor incidencia en el consumo regular es el relacionado con la influencia del grupo de pares, mientras que los otros dos aspectos (el familiar y el nivel de autoestima) funcionan como reguladores o factores protectores.

Palabras clave: Consumo, Familia, Pares, Autoestima, Relación

Introducción

La incursión en el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los flagelos que con mayor frecuencia golpea nuestra sociedad. Esto se puede ver claramente en un estudio elaborado por el SEDRONAR durante el año 2017. En este último se señala que el consumo de éxtasis por parte de los jóvenes en Argentina aumentó más del 200% y se triplicó el número de los que alguna vez consumieron cocaína. Por otro lado se duplicó el porcentaje de niños y adolescentes que considera que no es riesgoso fumar marihuana de manera recreativa alguna que otra vez. Lo anteriormente enunciado señala en qué medida se ha incrementado el consumo de sustancias consideradas ilícitas y la importancia que le atribuyen los adolescentes a este tipo de prácticas (SEDRONAR, 2017).

Vale mencionar que los daños producidos por el flagelo en cuestión no solamente afectan al adicto, sino que la afectación se produce a nivel familiar y social, destruyendo la base económica y social de cualquier nación, como lo es la familia.

Ante la contemplación de dicha problemática, es menester la actualización y análisis de cómo la estructura familiar y el conjunto de allegados al adicto han influido en mayor o menor medida a la presentación de esta dependencia.

En otras investigaciones realizadas en Latinoamérica, que serán presentadas más adelante, se obtuvieron resultados más que interesantes, éstas explican cómo la dinámica familiar afecta, predispone y funciona como un factor de riesgo, o protector, ante el abuso de sustancias dejando en claro el rol de la familia como moderador en las conductas y actitudes que se corresponden con el accionar del drogodependiente.

Para llevar a cabo la investigación fue utilizada una perspectiva que conlleva un enfoque sociológico. El tipo de diseño es analítico, correspondiente a la categoría de estudios de casos y controles. La información recopilada proviene de fuentes primarias, la recabación se ejecutó mediante cuestionarios.

Las entrevistas realizadas tuvieron como finalidad obtener un análisis de la red de contactos del individuo, que incluye familia, amigos y allegados, que potencialmente influyeron en la decisión de iniciarse en este tipo de práctica nociva para la salud.

Si bien se suelen clasificar las adicciones en químicas y psicológicas, aquí se hará foco en las del primer tipo, dado que son las que con mayor frecuencia se perciben en la cotidianidad como una problemática en la transición hacia la adultez y las que afectan en gran medida el desarrollo adolescente en materia de comportamiento produciendo en el corto, mediano y largo plazo perjuicios a nivel personal y comunitario.

Finalmente, este trabajo de investigativo servirá de apoyo y antecedente para futuras investigaciones que deseen hacer uso de las experiencias y datos arrojados en este documento, y así, poder evaluar la dinámica social y familiar de las víctimas de la drogadicción.

Problema científico

El consumo de sustancias psicoactivas no es una práctica precisamente moderna, esta se inició con el surgimiento de la cultura y, con el pasar de los milenios, el ser humano fue adquiriendo experiencia en este terreno, no solamente descubriendo y experimentando con nuevas sustancias, sino también incorporándola al ámbito científico como materia de estudio y hallando los mecanismos por los cuales son nocivas para su consumo.

Hoy en día es una práctica que es resistida por la sociedad y condenada dadas las consecuencias que trae tanto para el adicto, para la familia del mismo y la sociedad a la que pertenece. Sin embargo, existe una contracultura que aboga por una mirada más benevolente o permisiva de estas sustancias, alegando por las libertades individuales y con argumentos pseudocientíficos que se resumen en “fumar de vez en cuando no le hace mal a nadie” o también “la marihuana es natural, hace menos daño que el tabaco” y un sinfín de argumentos carentes de sustento científico y verdades a medias.

Por otro lado, sistemáticamente se ha demonizado la figura del adicto con el argumento falaz de “cada uno sabe lo que hace” sin considerar los condicionantes, factores y vivencias personales que como resultado conducen a la introducción de una persona en la toxicomanía. Existen múltiples factores, pero quisiera hacer énfasis en los que respecta a la influencia del medio, para ser más preciso, en los de orden familiar, vincular y los relacionados a la autoestima del individuo en cuestión. Finalmente, he llegado a la conclusión de que el interrogante idóneo debería ser el siguiente: ¿Cuáles son los principales condicionantes que inducen a los jóvenes de entre 15 y 20 años a que debuten en el consumo de drogas psicoactivas en el barrio de Flores, perteneciente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo de octubre-noviembre del año 2020?

Problema General

- ¿Cuáles son los principales condicionantes que inducen a los jóvenes de entre 15 y 20 años a que debuten en el consumo de drogas psicoactivas en el barrio de Flores, perteneciente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo de octubre-noviembre del año 2020?

Problemas secundarios o específicos

- ¿Qué factores de orden afectivo/familiar influyen en el inicio del consumo de drogas?
- ¿En qué medida la autoestima en los adolescentes contribuye en el ingreso a la adicción?
- ¿En qué medida influyen los grupos de pares en la introducción a este tipo de práctica/as?

Relevancia

La importancia de la investigación en esta área radica en el aumento exponencial, que se viene dando en los últimos tiempos, del consumo de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes como método recreativo y como práctica habitual de este grupo etario, lo que convierte al narcotráfico en un mercado lucrativo para ciertos grupos que se dedican a la producción de estupefacientes. Lo anterior puede verse reflejado en la afirmación del Dr. Félix Pablo Crous, actual titular de la oficina anticorrupción, el mismo señala que la Argentina ha pasado de ser un lugar de tránsito de drogas a convertirse en uno de consumo y producción de las mismas (Crous, 2014).

Otra de las problemáticas asociadas es el consumo indiscriminado de alcohol, lo que puede llevar a corto-mediano plazo, a la búsqueda de estímulos que brinden nuevas experiencias desde el aspecto sensorial (Ballarino, 2018).

Resulta interesante el análisis familiar y la red vincular de los adictos. Su comprensión puede llegar a ser de suma importancia para esclarecer en qué medida estas relaciones intervienen o no en la adquisición de este tipo de hábitos.

Relevancia teórica

Al momento de hablar sobre la relevancia teórica, debemos poner de manifiesto que este estudio busca darle una respuesta multidisciplinar a la problemática del consumo de sustancias recreativas. Abre camino para nuevas investigaciones provenientes de otras áreas de conocimiento, tanto para las pertenecientes a las ciencias sociales o las biológicas. Puede construir un camino sólido para una futura explicación integradora, constituida por diversos argumentos de orden biológico, psicológico y social que expliquen cómo la historia personal del

sujeto en cuestión está asociada al abuso de estas sustancias, y a así, constituir una resolución y abordaje interdisciplinario para proteger y remediar los efectos producidos por este flagelo.

Haciendo referencia nuevamente a la implicancia teórica, es válido mencionar que los resultados expuestos permiten una intervención enfermera oportuna y le brinda al profesional enfermero una gama de conocimientos para la toma de decisiones y el esclarecimiento de ciertos hechos o patrones de comportamiento familiar que pueden propiciar una conducta adolescente sensible a la utilización de drogas psicoactivas. Ante el análisis de la estructura familiar y de los factores propiciadores que posibiliten la aparición de una conducta dependiente de sustancias psicoactivas, se puede elaborar un plan para la recuperación del adicto mediante una atención holística que involucre a la familia y a los allegados del sujeto de atención.

Generalmente se ha investigado dicha problemática desde el aspecto psicológico, familiar o vincular (haciendo referencia a los pares del sujeto de atención) pero este trabajo tiene como objetivo constituir una tríada enfocándose en el aspecto vincular desde una perspectiva que también abarque la autoestima del adicto.

Con los resultados ofrecidos es viable la creación de una base de contenidos que contemplase a futuro cómo la familia se convierte en un factor protector o de riesgo para el debut de un joven en la drogadicción.

Los resultados aquí presentes serán accesibles a todos los profesionales que deseen informarse y formarse con respecto a las incumbencias de la vida familiar, vincular, y en definitiva la afectiva, en el desarrollo de conductas dependientes.

Relevancia práctica

Al exponer la relevancia práctica, debemos enunciar que la investigación llevada a cabo puede contribuir a la creación de políticas que tengan como objetivo la prevención de la drogadicción en jóvenes, la promoción de hábitos protectores y prácticas recreativas que sustituyan estas acciones nocivas para la salud y finalmente la temprana protección de jóvenes que se hallen en un ambiente que aumenten la susceptibilidad al consumo de sustancias psicoactivas.

A su vez, no solamente le proporcionará conocimientos al medio enfermero para el manejo de este tipo de situaciones, sino que también introducirá al profesional al entendimiento y a un estado de alerta sobre dinámicas familiares perjudiciales para el sujeto de atención y así, reforzar el aspecto holístico tan característico de nuestra profesión. Simultáneamente, se intentará introducir la erradicación del concepto del adicto como sujeto totalmente consciente de lo que hace y reemplazar esta idea por la que explica al toxicómano como un sujeto poseedor de un trastorno de conducta derivado en ciertos casos de una familia disfuncional o de cuestiones que van más allá de la irresponsabilidad personal del mismo.

Relevancia social

La información obtenida en este estudio brinda una leve visión de cómo el medio socio-familiar influye en el adolescente para su debut, o ausencia de éste, en el consumo de sustancias adictivas y por otro lado crea la oportunidad de que las familias que poseen hijos adolescentes, siendo conscientes de lo anterior, modifiquen ciertos comportamientos que puedan ser causantes de un desarrollo de hábitos no deseados en el individuo en cuestión, y simultáneamente,

concientizar a los padres sobre la importancia del acompañamiento paterno y materno en el crecimiento de sus hijos.

Más allá de la exposición pública que pudiera adquirir este trabajo de investigación y la toma de conciencia con respecto a la importancia familiar en el desarrollo de conductas nocivas entre los adolescentes, es menester señalar que los principales grupos que se ven favorecidos con los resultados son las familias que no cuentan con los recursos académicos para encarar el hecho de que existe una persona con dependencia a las sustancias psicoactivas, los profesionales que contarán con herramientas y conocimiento documentado para una comprensión integradora de los factores que influyen en el desarrollo de conductas perjudiciales para la salud del adolescente y a partir de ese conocimiento, la elaboración de políticas y educación compuestas por medidas apropiadas y oportunas para los problemas existentes vinculados a la temática. En conclusión, lo que se busca es una resolución y comprensión interdisciplinaria y holística de este asunto que golpea con tanta dureza la sociedad argentina y otras sociedades, haciéndolo de manera indiscriminada.

Hipótesis

Los principales condicionantes por el cuales los jóvenes de entre 15 y 20 años, del Barrio de Flores pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo de Agosto-Octubre del año 2020, se introducen en el abuso de drogas psicoactivas se asocian con la falta de acompañamiento y contención familiar vinculada a la cantidad exhaustiva de horas con las que deben cumplir los progenitores para llegar a cubrir las necesidades básicas del hogar; por otro lado, el poco tiempo que se les dedica a los adolescentes no es de calidad dado que muchos progenitores tienden a trasladar las frustraciones y el cansancio laboral a sus hogares desencadenando dinámicas familiares no apropiadas que inducen a los adolescentes a considerar que no son de importancia para sus tutores y consecuentemente a un nivel de baja autoestima.

Por otro lado, se debe considerar la influencia que puede llegar a tener el grupo de pares (amigos, compañeros escolares) al momento del acercamiento a las drogas psicoactivas, en forma de ofrecimiento o manifestando un pensamiento positivo o laxo acerca de su uso. A todo esto, se le suma el avance desenfrenado de la tecnología de la comunicación y el aumento exponencial de los adolescentes a la cultura informática. Finalmente, otro punto que contribuye en la problemática es la observación y posterior imitación, por parte del adolescente, de ciertos hábitos nocivos que perciben de sus padres, como el consumo de alcohol y tabaco.

Contextualización

Antecedentes

Una de las presentaciones más recientes que corresponden a la temática procede del especialista en Salud Pública y Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Profesor Dr. Miguel Ángel Schiavone en conjunto con la Médica Especialista en Pediatría y docente de la UCA, Dra. Sabrina Julio. Llevada a cabo en Buenos Aires, Argentina en el año 2016. La misma se titula *Drogadicción: la esclavitud del nuevo milenio*.

En el documento mencionado se describen y señalan los ejes que predisponen a los adictos a incursionar en el mundo de las drogas y a su vez la caracterizan como una pandemia debido al creciente consumo de manera indiscriminada. Señalan a su vez el costo social y en salud pública que esta problemática conlleva y las razones de lo que ellos describen como una “explosión epidémica de la drogadicción” (Schiavone & Julio, 2016).

Consigna tres ejes que debieran trabajarse para poder abordar la problemática desde una perspectiva global, estos son: La familia, los medios masivos de comunicación y el sistema educativo. Es de relevancia para el presente trabajo la óptica con la que abordan la cuestión familiar y los puntos que resaltan en un buen funcionamiento: amor, consistencia, comunicación, calidad de vida, educación y autoridad (Schiavone & Julio, 2016).

El segundo antecedente útil para la elaboración del presente trabajo investigativo corresponde a un conjunto de investigadores, entre ellos Magaly Scott, realizadores de un estudio de diseño transversal, cuantitativo de tipo descriptivo titulado como *Influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de universidad en Manabí* (Ecuador) en el año 2015.

En dicho trabajo se examinó la incidencia de las relaciones familiares, el entretenimiento y la espiritualidad en correspondencia con la influencia de sus pares en el consumo de drogas. Concluyen que existe una asociación clara entre la influencia de los compañeros y el consumo de drogas, mientras que las relaciones familiares y la espiritualidad puede llegar a actuar como factores protectores causando resistencia en el proceso de inclusión en la drogadicción (Scott et al. 2015).

Es válido dotar de relevancia a este antecedente, dado el papel que asume la familia como factor moderador o protector ante un ambiente que ofrezca la posibilidad de hacerse con sustancias psicoactivas (Scott et al. 2015)

En la investigación llevada a cabo por Juan Carlos Sánchez Sosa, María Elena Villarreal González y compañía, desarrollada en Monterrey (México) durante el año 2013, se puede encontrar un análisis del medio social que habitaban los estudiantes de cuatro centros educativos y su vínculo con las drogas ilegales. El trabajo se titula: *Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados*.

En este estudio se concluye que existe una asociación entre las características del funcionamiento familiar con el consumo de drogas por parte de los estudiantes, ya que dichas características influyen en el desarrollo de la autoestima y esta última se relaciona con la sintomatología depresiva, la que es un factor de riesgo para el consumo de sustancias estimulantes (Sanchez Sosa et al. 2014)

El estudio citado es relevancia para el presente, dado que sienta las bases de la relación existente entre la autoestima social y académica con respecto al consumo de drogas, a su vez, se

muestra como las características familiares influyen en el adolescente generando en él un bajo o alto nivel de autoestima (Sanchez Sosa et al. 2014)

El estudio de carácter comparativo llevado a cabo por Víctor Hugo Cruz Salmerón, Martha Leticia Martínez y otros, en un Colegio de Bachilleres del Estado de Querétaro, México nombrado como *Comparación del perfil del funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin drogadicción de un colegio de bachilleres*, es uno de los primeros estudios de casos y controles abordados para la resolución de la presente investigación. En él se logra plasmar la “disfuncionalidad familiar como un factor de riesgo para la drogadicción en adolescentes. Esto se da cuando es deficiente la autoridad y la supervisión de la familia” (Cruz Salmeron et al. 2010)

Aquí nuevamente se repite el concepto que relaciona las características familiares y la introducción a las drogas y se suma la idea de que una adecuada supervisión de la población escolar reduce hasta en un 60% las posibilidades de iniciarse en la carrera de las drogas (Cruz Salmeron et al. 2010). La relevancia del trabajo mencionado para el actual se corresponde con la serie de conclusiones y el carácter comparativo que expone Salmerón y compañía.

Finalmente, la investigación realizada por Ignacio Sáenz y Sofía Medici en el año 2010 que se titula *La relación afectiva y vincular de los adictos con la familia en la infancia y la adolescencia*, llevada a cabo en la ciudad de Rosario (Argentina) aporta un análisis interesante y novedoso sobre la psicología del adicto como resultado de dinámicas familiares disfuncionales.

Su trabajo expone y fundamenta como la disfuncionalidad familiar y la curiosidad de los adolescentes forman parte de los condicionantes a tener en cuenta para evitar el consumo de sustancias psicoactivas (Saenz & Medici, 2010). En referencia al relato de las unidades de análisis concluyen que “una significativa mayoría se considera adicto, pero dice que ya no siente

la necesidad de consumir y que en su familia no ha existido un patrón por abuso de sustancias y que no han consumido con su familia”. A su vez, la gran mayoría de los pertenecientes a la población de estudio han reconocido que han sentido la ausencia de su familia en momentos significativos de sus vidas (Saenz & Medici, 2010)

Los aportes del trabajo de Sáenz y Medici (2010) adquieren especial importancia para el desarrollado aquí, debido a que en él se hallan datos que señalan la percepción del adicto sobre su familia y la valoración que hacen de la misma en relación a su situación psicopatológica.

Marco legal y normativo relativo al problema

En Argentina la ley que establece las sanciones legales, medidas de seguridad curativas y educativas, disposiciones procesales y controles sobre los estupefacientes es la N°23.737. A su vez también regula el funcionamiento de las empresas productoras de estupefacientes y fármacos similares (Ley N° 23.737, 1989)

La misma ley establece que será reprimida con prisión de hasta 3 años y multa la persona autorizada para vender sustancias medicinales que las provea sin receta médica de por medio; y con prisión de hasta 15 años quien sin poseer autorización produzca y comercialice materias primas con el mismo fin. A su vez, también existen penas relacionadas con el ingreso al país de las materias primas ya mencionadas y cualquier actividad de fomento y solvento económico del narcotráfico. La presente ley enumera también, cierta cantidad de delitos que, al ser cometidos por profesionales, personas o funcionarios autorizados para el manejo de fármacos y sus materias primas, serán sancionados con mayor rigor por el conocimiento de causa y abuso de sus funciones (Ley N° 23.737, 1989)

Con respecto al tratamiento del drogodependiente, se presentan los artículos 18, 19, 20, 21 y 22. A continuación se citan los mismos:

ARTICULO 18°: “En el caso de artículo 14, segundo párrafo, si durante el sumario se acreditase por semiplena prueba que la tenencia es para uso personal y existen indicios suficientes a criterio del juez de la responsabilidad del procesado y éste dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, con su consentimiento, se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación y se suspenderá el trámite del sumario.

Acreditado su resultado satisfactorio, se dictará sobreseimiento definitivo. Si transcurridos dos años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado

no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanudará el trámite de la causa y, en su caso, podrá aplicarse la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario, o mantener solamente la medida de seguridad.

ARTICULO 19°: La medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, prevista en los artículos 16, 17 y 18 se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial, quien hará conocer mensualmente la lista actualizada al Poder Judicial, y que será difundida en forma pública.

El tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás.

El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso.

Cuando el tratamiento se aplicare al condenado su ejecución será previa, computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena. Respecto de los procesados, el tiempo de tratamiento suspenderá la prescripción de la acción penal.

El Servicio Penitenciario Federal o Provincial deberá arbitrar los medios para disponer en cada unidad de un lugar donde, en forma separada del resto de los demás internos, pueda ejecutarse la medida de seguridad de rehabilitación de los artículos 16, 17 y 18.

ARTICULO 20°: Para la aplicación de los supuestos establecidos en los artículos 16, 17 y 18 el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas que ingresa al delito para que el tratamiento de rehabilitación en ambos casos, sea

establecido en función del nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada

ARTICULO 21°: En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si el procesado no dependiere física o psíquicamente de estupefacientes por tratarse de un principiante o experimentador, el juez de la causa podrá, por única vez, sustituir la pena por una medida de seguridad educativa en la forma y modo que judicialmente se determine.

Tal medida, debe comprender el cumplimiento obligatorio de un programa especializado relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, que con una duración mínima de tres meses, la autoridad educativa nacional o provincial, implementará a los efectos del mejor cumplimiento de esta ley.

La sustitución será comunicada al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria, organismo que lo comunicará solamente a los tribunales del país con competencia para la aplicación de la presente Ley, cuando éstos lo requiriesen.

Si concluido el tiempo de tratamiento éste no hubiese dado resultado satisfactorio por la falta de colaboración del condenado, el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia.

ARTICULO 22°: Acreditado un resultado satisfactorio de las medidas de recuperación establecidas en los artículos 17, 18 y 21 si después de un lapso de tres años de dicha recuperación, el autor alcanzara una reinserción social plena, familiar, laboral y educativa, el juez previo dictamen de peritos, podrá librar oficio al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria para la supresión de la anotación relativa al uso y tenencia indebida de estupefacientes (Ley N° 23.737, 1989)

Los artículos anteriormente citados dejan en claro la idea de que el adicto no debe ser tratado y considerado como un delincuente, sino más bien como enfermo. Con esto se busca permitirle el ingreso al circuito de asistencia al drogodependiente (Ley N° 23.737, 1989)

Con respecto a la ley N°19.303, denominada como Ley de Salud Pública, Estupefacientes y Psicotrópicos, se puede resumir que en ella se consignan los siguientes puntos:

- Las sustancias que son consideradas psicotrópicos
- La importación, exportación, fabricación, fraccionamiento, circulación, expendio y uso de psicotrópicos quedan sujetos a la presente ley
- Quedan prohibidas las acciones anteriores para determinados psicotrópicos, exceptuando cantidades estrictamente necesarias para la investigación médica y científica
- Existen determinados psicotrópicos que deben de manera obligatoria transitar por la aduana de Capital Federal. A su vez, existen otros que quedan excluidos de esta regulación pudiendo transitar por cualquiera de las aduanas del país
- Existe un listado de profesionales habilitados para la realización de los dos puntos anteriores, cumpliendo siempre con los trámites habilitantes correspondientes, incluyendo el certificado oficial otorgado por la autoridad sanitaria nacional
- Los establecimientos que elaboren drogas psicotrópicas deben estar habilitados e inscriptos en los registros especiales que determine la reglamentación
- Los profesionales que prescriban psicotrópicos deben ser médicos matriculados ante autoridad competente y lo deben hacer mediante recetas extendidas en formularios oficializados. La cantidad de dosis de psicotrópicos expresada en la receta no pueden superar una cobertura superior a 20 días de tratamiento
- En el Art. 21 se resumen las sanciones existentes ante la violación de la presente ley, corresponden a multas que van desde el millón de pesos hasta los trescientos millones de pesos. Dichas sumas serán depositadas en el fondo nacional de la salud (Ley 19.303, 1971)

Es de relevancia la mención de la resolución conjunta 362/97 y 154/97 la cual deja en claro el papel de las Obras Sociales, Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud y entidades de medicina prepaga, como proveedores de lo que se define un “Programa Básico para el Tratamiento de la Drogadicción”. En dicha resolución se detalla las características y el programa terapéutico a cumplimentar por las entidades anteriormente enunciadas (Resolución Conjunta 362/97 y 154/97, 1997)

En Argentina el organismo encargado de coordinar las políticas nacionales en materia de adicciones es la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). En su último informe, presentado en el 2017, sobre consumo de sustancias psicoactivas, presenta la siguiente serie de acciones llevadas a cabo para la lucha contra el consumo de drogas:

- Consejo Federal de Drogas: Se relanza el Consejo Federal de Drogas, espacio consultivo y de diálogo para los representantes del país en la materia.
- Fortalecimiento del Observatorio Argentino de Drogas: es el órgano fundamental para la elaboración de políticas públicas basadas en la evidencia.
- Jerarquización del Consejo Asesor Científico Ético Honorario: se relanzó el organismo anterior, el mismo tiene como función poner en discusión las últimas investigaciones y hallazgos en la materia, con el propósito de asesorar en la formulación de políticas nacionales y en la labor investigativa.
- Creación y puesta en funcionamiento del Sistema de Alerta Temprana: El SAT es una herramienta del SEDRONAR encargada de recopilar, sistematizar y gestionar información fiable sobre drogas emergentes o nuevos patrones de consumo.
- Aumento de la accesibilidad y ampliación de la cobertura de tratamiento: Se duplicó la oferta de tratamiento en zonas vulnerables mediante la apertura de nuevos CAACS. Simultáneamente el subsidio que recibía cada casa se incrementó en un 100%. Es necesario aclarar que los CAACS (Casas de atención y acompañamiento comunitario) son espacios comunitarios con presencia permanente que facilitan el acceso a orientación, contención y

acompañamiento de personas que se hallan excluidas socialmente y a los adictos.

- Calidad y certificación de centros de tratamientos: Se incorporaron indicadores de calidad de Organismos Internacionales en dichos procesos.
- Programa de Integración Socio Laboral para jóvenes en tratamiento en convenio con Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo de la Nación: Desde este programa se trabaja con ambos ministerios en capacitaciones en oficios y en el asesoramiento para el ingreso al mercado laboral.
- Capacitación de efectores del Sistema de Salud: se generó un sistema de capacitación presencial y online para los efectores del país.
- Prevención en ámbito educativo: Se tiene como objetivo que las 60.000 escuelas del país posean herramientas para la elaboración de un proyecto de prevención que articule las acciones entre estudiantes, docentes y familiares.
- Campaña de Prevención de Abuso de Alcohol: Se desarrolló dicha campaña consistente en 3 spots difundidos a través de medios masivos de comunicación, con orientación al público adolescente
- Redefinición de Dispositivos Territoriales de Prevención y Asistencia en Contextos Vulnerables: se unificaron dispositivos ya existentes (CET, CEPLA, PEC) formando el Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT). En estos dispositivos se realizan talleres educativos, deportivos, recreativos y artísticos.
- Mesas de Trabajo con Organizaciones de la Sociedad Civil: Se conformaron mesas de trabajo y articulación con Centros de Tratamiento, Organizaciones de la Sociedad Civil, instituciones religiosas y centros académicos.
- Tratamiento para mujeres: Se creó la primera casa de tratamiento para mujeres con problemas de consumo.
- Creación del Programa de financiamiento a Organizaciones de la Sociedad Civil para proyectos preventivos: a modo de resumen, se trata del otorgamiento de subsidios para la elaboración de proyectos de prevención del consumo abusivo de sustancias (SEDRONAR, 2017)

Contexto local

El estudio fue realizado en el Barrio de Flores. En un principio se realizaría en el Colegio de bachilleres Liceo N°5 Pascual Guaglianone, ubicado sobre Av. Carabobo 297. Pero dadas las circunstancias epidemiológicas y dificultades para contactarme con la institución se decidió realizar la encuesta de manera aleatoria mediante contactos, siempre cumpliéndose los criterios de inclusión.

El mencionado barrio fue fundado en el año 1790, al día de hoy es considerado el núcleo social y comercial de todo el oeste porteño. Posee una superficie de 7,8km², su densidad poblacional es de 18.294,2 habitantes/km² y su población total consta de aproximadamente 142.695 habitantes, la cual está compuesta por 77.593 mujeres y 65.102 varones (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, s.f.)

En esta localidad se encuentra uno de los barrios de emergencia más emblemáticos y más grandes (en términos de superficie territorial) de la Ciudad de Buenos Aires, denominado como Barrio Ricciardeli (nombre aprobado por la Legislatura de la Ciudad en el año 2019) o simplemente Villa 1-11-14. Este barrio de emergencia cuenta con una población aproximada de 40.000 habitantes, en base a datos del censo del Instituto de Vivienda de la Ciudad realizado en el año 2018 (Wikipedia, 2020)

Comentario propio: Más allá de ser un barrio obrero, continuamente se ha señalado que en este opera una de las redes de narcotráfico más significativas de la Ciudad de Buenos Aires; repetidamente se han hecho allanamientos que acabaron en la captura de narcotraficantes, deportaciones e innumerables procesos legales en materia de tráfico de drogas, pero la creciente demanda de estupefacientes, el desempleo y la estigmatización social han contribuido a que el negocio del narcotráfico sea una opción a considerar como método de subsistencia para una porción de los habitantes de la villa 1-11-14, así como en otras villas de emergencia ubicadas a lo largo del país.

Marco teórico

El consumo de sustancias psicoactivas y sus efectos en la salud a corto, mediano y largo plazo es una de las problemáticas más estudiadas debido a la complejidad que encierra como fenómeno social, económico, genético y biológico. Si bien, se han expuesto un sinnúmero de estudios correspondientes al abuso de sustancias, tanto de orden biológico, psicológico y social, vale la pena profundizar en las variables e historias personales que han condicionado de forma uniforme a los sujetos implicados en este tipo de práctica con el fin de asociar ciertos factores, personales, familiares y sociales, a una mayor susceptibilidad al consumo de sustancias estimulantes.

1.1 Teoría del déficit de autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado es una teoría formulada por Dorothea Orem, la misma está compuesta por 3 teorías relacionadas entre sí: teoría de autocuidado, teoría de déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería (Naranjo Hernandez et al. 2017)

Esta teoría ofrece a los profesionales enfermeros una serie de herramientas y conceptos vinculados a la proporción de los cuidados hacia las personas, mediante una visión holística del sujeto de atención. A su vez, pone énfasis en que las acciones que puedan ser realizadas por el paciente deben ser ejercidas por sí mismo mediante la guía del profesional, con el fin de alcanzar la autonomía tanto física como actitudinal, considerándose siempre el nivel de dependencia del sujeto de cuidado y del medioambiente en el que debe desempeñarse (Naranjo Hernandez et al. 2017)

1.2 Teoría del autocuidado

En ella insta que el autocuidado es una función reguladora humana por excelencia asociada a la capacidad humana de adaptación mediante el uso de su intelecto y las correspondientes a su biología. Cada individuo lo ejerce de manera deliberada considerando como fin el mantenimiento de la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. Se podría resumir diciendo que dicha función reguladora responde directamente a la autopreservación y a un bienestar general (Naranjo Hernandez et al. 2017)

La teoría sostiene que el autocuidado debe aprenderse y aplicarse de manera continua, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación biológicas y contextuales y este aprendizaje se da en base al desarrollo del sujeto y la comunidad, en él radica la importancia de un óptimo desarrollo personal y comunitario (Naranjo Hernandez et al. 2017)

1.3 Teoría del déficit de autocuidado

Esta teoría expone que, pese a la extrema capacidad de adaptación humana, existen situaciones en las que la demanda total hacia un individuo excede su capacidad para responder a ella produciéndose así, un desequilibrio o desajuste en las funciones biopsicosociales. Aquí es donde entra en juego el papel enfermero, este actúa como proveedor de cuidados ante este déficit y nexo para restablecer el equilibrio perdido y prepararlo para futuras situaciones análogas (Naranjo Hernandez et al. 2017)

Orem define a la actividad enfermera como una acción humana articulada en sistemas de acción formados por el ejercicio de una actividad profesional ante personas con limitaciones de salud o relacionadas con ella. Por lo tanto, se podría decir que el agente enfermero funciona como un nexo entre el bienestar y el desequilibrio producto de situaciones estresantes a nivel orgánico, social o psicológico (Naranjo Hernandez et al. 2017)

1.4 Teoría de los sistemas de enfermería

El sistema de enfermería está compuesto básicamente por el profesional enfermero, el paciente o un grupo de personas y los acontecimientos ocurridos. Explica a su vez, que los sistemas de enfermería se clasifican en base a la demanda real de cuidado del sujeto de atención, o sea, por el nivel de dependencia hacia el agente enfermero (Naranjo Hernandez et al. 2017). En base al nivel de dependencia los sistemas se clasifican en:

- Sistema totalmente compensador: la demanda de cuidados es alta, generalmente la enfermera va a realizar la mayor cantidad de acciones de la vida cotidiana del sujeto de atención.
- Sistema parcialmente compensador: la demanda de cuidados es moderada, lo que indica que el paciente puede realizar una mayor cantidad de acciones de autocuidado, siempre siendo supervisado por la enfermera.

- Sistema de apoyo educativo: en esta instancia la demanda de cuidados es mínima. El papel de la enfermera es de supervisión, orientación y educación principalmente (Naranjo Hernandez et al. 2017)

2.1 Adicciones

2.1.1 Definición

La OMS caracteriza a las adicciones como un conjunto de enfermedades físicas y psicoemocionales que derivan de la dependencia hacia algún tipo de sustancia, actividad o relación; caracterizada por un conjunto de signos y síntomas asociados a factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales (IAFA, s.f.)

Al momento de hablar de dependencia física y psicológica deben presentarse 3 o más de los siguientes criterios durante un tiempo no menor a 12 meses:

- ✓ Fuerte deseo de consumir la sustancia
- ✓ Dificultad para controlar dicho consumo
- ✓ Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo
- ✓ Tolerancia
- ✓ Abandono progresivo de actividades ajenas al consumo de la sustancia
- ✓ Mantenimiento del consumo pese a conocer los efectos perjudiciales de la sustancia (IAFA, s.f.)

2.1.2 Tipos de adicción

a) Adicciones psicológicas: Este tipo de adicción se caracteriza por la acción repetida de parte de un sujeto, por ejemplo, la ludopatía, compras compulsivas, adicción al trabajo, a las redes sociales, al sexo, o a la comida (Saenz & Medici, 2010)

b) Adicciones químicas: Se define a la adicción química como la necesidad imperiosa de volver a consumir sustancias psicoactivas, luego de haberlas introducido reiteradamente en el cuerpo. Se produce por un desfasaje en los neurotransmisores (Saenz & Medici, 2010)

2.1.3 Niveles de adicción

Los niveles de adicción (química) corresponden a la severidad del caso y al grado de dependencia del sujeto. Pueden clasificarse de la siguiente manera:

a) Experimentación: es el caso donde la persona, guiada por la curiosidad, se anima a probar una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo.

b) Uso: el compromiso con la droga es bajo. Se consume los fines de semana y en oportunidades casuales tales como eventos o reuniones con amigos y allegados. No existe deterioro laboral, social o familiar. No presenta episodios de intoxicación. El consumidor sólo busca un cambio de sensaciones. Sin embargo, con el paso del tiempo y el consumo frecuente, las sustancias pueden generar dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso.

c) Abuso: el uso se hace regular durante casi todas las semanas y hay episodios de intoxicación. Ejemplo: en alcohol una intoxicación es cuando ya se presenta una resaca, lagunas mentales. La droga va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante (una vida normal y una vida adictiva y desconocida la mayor parte de veces por la familia)

d) Adicción: relación de amigos y familiar se rompe, dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Es difícil la abstinencia. Hay compromiso orgánico. Hay conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende de la etapa consumidor/abstinencia, accidentes automovilísticos (IAFA, s.f.)

Comentario propio: Como se puede percibir, la conducta adictiva puede manifestarse mediante la experimentación y el uso eventual, pero al producirse un desfasaje entre neurotransmisores y la consecuente tolerancia hacia la sustancia estimulante, es frecuente la transición hacia el abuso y la adicción. Llegadas a estas dos instancias es menester la búsqueda

de ayuda profesional para una oportuna intervención que reduzca las posibilidades de un episodio fatídico (Saenz & Medici, 2010)

3.1 Efectos de las drogas en el organismo

Los efectos de este tipo de sustancias en el organismo son variados, entre ellos se incluyen los de tipo depresor, caracterizados por el bloqueo del funcionamiento cerebral; los estimulantes del SNC, aceleran el funcionamiento del cerebro; y finalmente, los perturbadores del SNC, los cuales se manifiestan como alucinaciones o distorsiones perceptivas (Saenz & Medici, 2010)

4.1 Adicciones en los adolescentes

La adolescencia es contemplada como una de las etapas de la vida en la que se considera que el individuo que la transita es sumamente susceptible al consumo de drogas, esto se produce por una serie de cuestiones de orden psicológico y de desarrollo, incluyendo el este último, la resolución del proceso simbiótico (Saenz & Medici, 2010)

Se explica de la siguiente manera: “la adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una drogadicción, pues es el periodo de resolución del proceso simbiótico. Es cuando se produce la separación-individuación, la separación del grupo familiar, el duelo por la exogamia y el enfrentamiento con el mundo externo” (Kalina, 2000 citado en Saenz & Medici, 2010)

Existe un sinnúmero de factores a considerar al momento de evaluar las razones por las cuales un adolescente se sumerge en el mundo de las adicciones. Las que se han presentado con mayor frecuencia se vinculan con la relación afectiva y calidad de comunicación familiar, el apoyo, la cohesión familiar y el desarrollo adecuado de normas en la familia. Los conceptos anteriores son considerados factores protectores ante determinadas situaciones de riesgo y peligros para la salud (Cruz Salmeron et al. 2010).

La relación, comunicación, apoyo, cohesión y desarrollo familiares son las piedras angulares al momento de insertar al sujeto de atención en un proceso resolutivo de su problema. Si bien, estos son los pilares del tratamiento, este último deberá ajustarse en relación a las

características individuales/personales del sujeto, su familia y el contexto (Cruz Salmeron et al. 2010)

5.1. Relaciones familiares de adolescentes adictos

Existe una serie de estudios relevantes a la hora de tocar dicho tema, las conclusiones principales derivan en que existe una mayor probabilidad de que un adolescente incurra en el mundo de las adicciones cuando su familia es disfuncional. Esto incluye familias desintegradas (falta de alguno de los cónyuges), monoparentales, existencia de violencia intrafamiliar, abusos, etc. (Cruz Salmeron et al. 2010)

La disfuncionalidad familiar vuelve a ser un factor clave y revelador en el estudio publicado por Cruz Salmerón y compañía (2010) ya que en él vincula fuertemente la dinámica familiar con el consumo de sustancias ilícitas: el 100% de las familias con adolescentes con drogadicción fueron disfuncionales.

Se multiplica por dos el riesgo de someterse a sustancias ilícitas cuando el adolescente pertenece a una familia moderna (en la que la madre es el sostén de la casa o ambos padres lo son). Por otro lado, se puede considerar como factor protector el hecho de pertenecer a una familia nuclear, conformada por padre y madre, en la que el primero es la cabeza del hogar y la segunda queda a cargo de las funciones domésticas (Guzman, 2004 citado en Cruz Salmeron et al. 2010)

El surgimiento de nuevos tipos de familia se vincula con la relativa caída de la organización patriarcal, a su vez la mujer ha asumido un papel mayor en el mantenimiento de la familia, esta independencia contribuye a una disminución de la tolerancia hacia relaciones abusivas pudiendo verse esto en el creciente número de separaciones, creciendo así la aparición de familias monoparentales y ensambladas (Mayer, 2010 citado en Sáenz & Medici, 2010).

Comentario propio: En base a lo anterior se puede decir que existe una correlación entre el tiempo disponible de los progenitores hacia sus hijos y las probabilidades de desarrollar algún tipo de adicción o conducta de riesgo para la salud, vinculando así la supervisión familiar y el

acompañamiento con la disminución en el uso o abuso de sustancias estimulantes (Sáenz & Medici, 2010).

5.2 Acompañamiento familiar en adictos

Sin duda uno de los pilares en el buen desarrollo adolescente es el acompañamiento familiar, no solamente funciona como factor protector, sino que a su vez aumenta la eficacia de los tratamientos de las adicciones, aplicándose este acompañamiento como terapia familiar (Marcos Sierra & Garrido Fernandez, 2009)

La lógica de lo anteriormente expuesto radica en que la psicoterapia familiar aumenta el compromiso familiar y del sujeto de atención con el programa de tratamiento, por lo tanto, aumenta la adherencia al tratamiento evitando así el uso de sustancias postratamiento mejorando claramente la dinámica familiar (cuando esta se ve seriamente afectada por la situación del adicto) e influenciando positivamente la inserción social (Marcos Sierra & Garrido Fernandez, 2009)

Un hecho que le proporciona mayor robustez a la eficacia de la psicoterapia familiar dirigida al adicto y su grupo son los dos meta-análisis elaborados por Stanton y Shadish (1997) y Ozechowski y Liddle (2000). En ambos queda en evidencia la superioridad terapéutica de este tipo de abordaje (el familiar) por encima del individual, la terapia grupal o los grupos de psicoeducación utilizando o no metadona (opiáceo sintético utilizado como sustituto en la terapia de desintoxicación) (Marcos Sierra & Garrido Fernandez, 2009)

Comentario propio: En base a lo expuesto en los párrafos anteriores se puede deducir que el acompañamiento familiar es un punto de sumo interés no solo en el desarrollo adolescente, en la conformación de una autoestima sólida y un sistema de valores que lo hagan poco proclive a la introducción en la drogodependencia, sino que también recae en este tipo de acompañamiento la eficacia del tratamiento del adicto, reforzando así el compromiso individual y vincular en la recuperación del adolescente y minimizando las probabilidades de reincidir en este tipo de hábito (Marcos Sierra & Garrido Fernandez, 2009)

6.1 Autoestima y drogadicción

Comentario propio: De manera innegable el contexto contribuye a la formación actitudinal del adolescente constituyéndose este cual tabula semi-rasa debido a que posee un determinado sistema de valores proporcionado por sus progenitores y puesto a prueba, modificado o reforzado por las interacciones con el “afuera”, definiendo así al colegio u otras instancias de encuentro con amigos y allegados que influyen en su manera de pensar y obrar (Sanchez Sosa et al. 2014)

El acceso a las drogas no solamente se produce esta por experimentación, sino que también se vincula con la depresión, esta última contribuye, o mejor dicho, vulnera al adolescente ante el consumo de drogas, en búsqueda de nuevas experiencias que modifiquen su percepción negativa de la vida o desvíen su atención de los problemas que lo aquejan (Sanchez Sosa et al. 2014)

Las influencias sociales impactan mayoritariamente en adolescentes psicológicamente vulnerables, inseguros de sus capacidades y con bajas expectativas en su desempeño académico. Vale aclarar que las influencias de las que se habla son las de tipo vincular próximas a la cotidianidad del adolescente y las multimediales (redes sociales virtuales y medios masivos de comunicación). En cuanto a estas últimas, no solamente es considerable la elevada influencia que tienen sobre los adolescentes y la comunidad en general, sino que también son preocupantes los mensajes que se dan tanto de forma explícita e como implícita (Espada et al, 2003 citado en Sánchez Sosa et al. 2014).

La deficiencia en habilidades sociales, académicas o simplemente psicológicas son las que en mayor medida afectan a los adolescentes provocando en ellos baja autoestima, cuadros de ansiedad, depresión y estrés. Mientras mayor sea el impacto y la acumulación de estos, mayor será la probabilidad de iniciarse en las drogas (Sanchez Sosa et al. 2014)

Por otro lado, el consumo de drogas también está asociado al conjunto de valores que comparte el adolescente con su grupo de pares. Se inicia en esta práctica con el fin de sentirse parte de un grupo determinado dejando atrás los prejuicios y conceptos negativos asociados a las sustancias de esta clase (Sanchez Sosa et al. 2014)

Simultáneamente, se ha comprobado que la autoestima escolar está vinculada con el consumo de sustancias psicoactivas: los adolescentes que tienen bajas expectativas académicas son más propensos a ceder ante el consumo de drogas (Sanchez Sosa et al. 2014)

6.2 Autoestima, expectativas académicas y drogadicción

La autoestima está íntimamente ligada al ser de la persona, a como se percibe ella misma, como la perciben los demás y como cree la persona que la visualizan. En las distintas etapas de la vida la autoestima está ligada a la actividad de mayor relevancia que realice el sujeto en esa instancia, ya sea su desempeño laboral, académico familiar o grupal (Simkin et al. 2014)

En la adolescencia el concepto de autoestima está principalmente ligado al desempeño académico, sus expectativas profesionales a futuro y la consecución de estas en el correr de esta etapa. Las expectativas en esta área generalmente están vinculadas a la exigencia social o parental sobre el adolescente, orientando a este sobre cuáles son los cánones para ser aceptado, reconocido y merecedor de valor social. Mientras mayores sean las exigencias sobre el desempeño académico mayor será el nivel de frustración en el caso de no cumplirlas. Esto nos lleva a considerar que la exigencia académica tanto a nivel social como paternal puede llegar a percibirse como un factor predisponente para una pobre autoestima y los consecuentes eventos vinculados con la frustración adolescente y el sentimiento de infravaloración (Craig & Baucum, 1992, citado en Simkin et al. 2014).

Un argumento válido para las afirmaciones anteriores proviene en un estudio realizado por Urquijo (2002) en la Ciudad de Mar del Plata en el que se observó que el que el desempeño académico se asoció a una imagen positiva de sí mismo, en línea con otros estudios del plano internacional que arribaron a resultados similares (Simkin et al. 2014)

Comentario propio: Ante tales ideas sobre el desempeño académico y su vínculo con la autopercepción, es fiable considerar que un deficiente rendimiento escolar probablemente puede catalizar procesos mentales que derivan en una pobre autoestima y la adopción de conductas contraproducentes para la integridad física y mental de los adolescentes (Simkin et al. 2014)

6.3 Medios masivos de comunicación, drogadicción y autoestima

En la transición hacia la adultez, los adolescentes son portadores de incontables interrogantes sobre sí mismos y sobre el medio que habitan, en términos generales estas dudas radican en: ¿Quién soy?, ¿Qué quiero ser?, ¿Cómo lograrlo? Cuando no se logra responder a la exigencia y el ideal de cómo uno debe ser, propuesto por la sociedad y el concepto de triunfalismo vigente, es regular la adquisición de una baja autoestima o la misma destrucción de ella llevando al adolescente, e incluso a los adultos, a incursionar en una serie de acciones o conductas dañinas para sí mismo en búsqueda de atención y estímulos que le proporcionen cierto nivel de dicha (Schiavone & Julio, 2016)

En la búsqueda de una aproximación a una serie de respuestas que los satisfagan surge como fuente de conocimiento la familia en primera instancia. Secundariamente (pero no necesariamente con menor influencia sobre ellos) su círculo de amigos y finalmente los medios de comunicación como formadores de opinión (Schiavone & Julio, 2016)

Comentario propio: En el tipo de sociedad actual, la Sociedad de la Información, en la que la tecnología provee una abrumadora cantidad de datos de todo tipo incidiendo en las actividades sociales, culturales y económicas, es de gran relevancia colocar la mirada sobre los medios de comunicación, la información proporcionada por estos, el tipo y la intencionalidad de dichos medios para con su público (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2020)

Estos “medios de penetración”, como los caracterizan Schiavone & Julio (2016) funcionan como formadores de opinión, sobre todo en adolescentes y personas con una inadecuada autoestima. Si bien existen los modelos negativos y positivos, es frecuente que cuando hablamos sobre la idea de la drogadicción existen dos tendencias totalmente representativas de los modelos mencionados. En cuanto a los modelos que podrían clasificarse como positivos se encuentra el discurso que sostiene la total criminalización de las drogas sin tener en cuenta el contexto del adicto, no solamente criminalizando la posición del drogodependiente sino también, haciendo caso omiso de los factores que llevan y han llevado a la persona a su situación (Schiavone & Julio, 2016)

Comentario propio: En cuanto al segundo tipo de modelo, viene creciendo la idea de que el uso de estupefacientes de manera ocasional o específicamente el uso de drogas caracterizadas

como “naturales” (por ejemplo, el cannabis) no producen daño alguno justificándose, este último, en la carencia de procesos industriales para su comercialización. Si bien este discurso se fundamenta principalmente en las investigaciones que se vienen realizando en pacientes con patologías de diferentes tipos (epilepsia refractaria, autismo y diversos trastornos motores o neurológicos) mostrando beneficios en los pacientes, no significa que necesariamente posean este tipo de sustancias y sus derivados efectos beneficiosos sobre personas que gocen de buena salud. Cabe mencionar también, que no solamente no se han logrado exponer beneficios en personas sin trastornos previos, sino que también puede existir el riesgo de que al introducirse en el consumo de la marihuana, los adolescentes en búsqueda de nuevas sensaciones, también los hagan en otros tipos de drogas más nocivas que la mencionada (Prickman et al. 2009 citado en, Montero Dominguez et al. 2018)

Comentario propio: Aquí es donde se pone en tela de juicio el peligroso discurso de “la marihuana no hace nada porque es natural” exhibido y repetido por muchos divulgadores de contenido multimedia minimizando o invisibilizando así las consecuencias negativas de este tipo de sustancias (Montero Dominguez et al. 2018)

7.1 Grupo de pares y drogadicción

Generalmente la introducción a la drogadicción se da a través de grupos de amigos, mediante la oferta o simplemente el acompañamiento de algún par que esté consumiendo. Al presentarse esta sustancia de manera cotidiana o por la creciente aceptación social existe la posibilidad de que el joven le reste importancia al consumo de este tipo de sustancias al percibir que algún allegado no presenta signos ni síntomas de malestar. Con el tiempo podría despertar curiosidad y eventualmente solicitar o aceptar dicha práctica como habitual para sí mismo. Por esto se considera que las expectativas negativas sobre las drogas funcionan como un factor protector para que no se inicie el consumo de estas (Scott et al. 2015)

Scott (2015) señala en su estudio que los adolescentes que conviven con su familia presentaban menos probabilidades de consumo en comparación de aquellos que viven solos o con amigos. Aquí se puede observar y asociar que las relaciones de familia funcionan como un moderador ante el consumo de drogas y la influencia de sus pares en el acceso a ellas (Scott et al. 2015)

8.1 Tríada de sensibilización ante el consumo de sustancias psicoactivas

Como podemos observar en los puntos anteriores, existe una asociación innegable entre las relaciones familiares, el nivel de autoestima (tanto social como escolar) y la influencia de compañeros o pares del adolescente.

Como Sáenz y Medici (2010) exponen en su trabajo investigativo, en promedio, los adolescentes que han tenido dificultades en su infancia y posteriormente en su adolescencia tienen mayores posibilidades de desarrollar una conducta adictiva y baja autoestima. Esto lo explican en base a afirmaciones realizadas por los adictos, en las cuales refieren que no han sido atendidos o correspondidos con la atención que merecían en momentos que ellos han considerado claves en su vida, y, que si bien, se han sentido queridos por sus padres, existió cierto grado de limitación al momento de expresarse libremente y manifestar sus emociones. Estos pacientes, también han relatado que recuerdan su infancia de manera positiva, pero su adolescencia parece ante esta óptica. Esto merece especial atención al momento de evaluar el proceso de desarrollo adolescente (Saenz & Medici, 2010)

También exponen en su investigación un supuesto teórico formulado por Eduardo Kalina (2000) basado en la prematura sensibilización y presentación de ciertas conductas paternas que producen una “Constelación y personalidad preadictiva”. Este concepto describe que los padres a través de ciertas conductas adictivas relacionadas con el abuso de ciertos fármacos, café, trabajo, comida, le envían un mensaje simbólico al niño de cómo afrontar la buena o mala fortuna. Esto, unido a ciertas circunstancias externas futuras podría conducir al uso indiscriminado de estimulantes (Kalina 2000, citado en Sáenz & Medici, 2010).

Un adolescente que cuente con esta “constelación” será fácilmente atraído por el mundo de las drogas y de contraer conductas adictivas de todo tipo (Saenz & Medici, 2010)

9.1 Autocuidado y adicciones

El ejercicio del autocuidado en adolescentes es un tema complejo de tratar, ya que sus demandas físicas, emocionales y sociales son altas.

Comentario propio: En los tiempos que corren se configura un espacio que priva a los adolescentes de la atención familiar que merecen para un óptimo desarrollo hacia la adultez. Esta falta de atención se traduce en conductas nocivas para sí mismo y para sus amigos o compañeros. Entonces ¿Cómo pretender que el adolescente cuide su integridad cuando los que debieron enseñarle esto nunca lo han hecho? Es más, es posible que muchas de las conductas perjudiciales para su salud sean habituales e incuestionables en su contexto familiar (Schiavone & Julio, 2016)

Así lo describe Sáenz & Medici (2010) al enunciar lo siguiente: “Si el hombre no es cuidado por, ni se cuida, no puede llegar a ser hombre. La vida se protege desde el cuidado. De los padres al hijo. Del ser humano a sí mismo”.

En estos casos se puede percibir un claro déficit de autocuidado, tanto de los adolescentes como de sus figuras familiares. Por lo tanto, es de suma importancia abordar a los adolescentes y a su grupo familiar cuando exista la mínima sospecha de abuso de sustancias, tanto de sustancias ilícitas como alcohol o tabaco (Marcos Sierra & Garrido Fernandez, 2009)

El profesional enfermero puede hacer uso de un sinnúmero de herramientas para abordar dicha problemática, siempre manteniendo una visión holística del sujeto y su familia, derivando siempre al profesional que corresponda manteniendo una línea de pensamiento multidisciplinaria y aceptando que no puede manejar este tipo de situaciones de manera eficiente, ya que las adicciones son complejas de tratar en términos de avances/logros del sujeto y en términos temporales (Naranjo Hernandez et al. 2017)

Comentario propio: El papel del enfermero principalmente va a ser el de educador, en un principio focalizando el problema que tiene el adicto, las consecuencias que pudiera sufrir a futuro y acompañándolo reforzando cada esfuerzo que haga por estar mejor. Crear en él hábitos saludables para reemplazar los nocivos es de vital importancia. Fomentar la disciplina, la responsabilidad y la toma de conciencia de sus acciones son pilares fundamentales para la recuperación del adolescente. El sentimiento de culpa puede jugar en contra durante el tratamiento, para ejercer la escucha activa ante las vivencias del adicto, para desenmarañar los hechos, pensamientos y sentimientos que lo han llevado a esta situación y finalmente lograr una comprensión relativa de los hechos (Naranjo Hernandez et al. 2017)

Objetivos

Objetivo general

Determinar cuáles son los principales condicionantes que inducen a los jóvenes de entre 15 y 20 años al debut en el consumo de drogas psicoactivas en el barrio de Flores, perteneciente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo de agosto-octubre del año 2020.

Objetivos específicos

- Determinar qué factores de orden afectivo/familiar influyen en el inicio al consumo de drogas
- Determinar en qué medida la autoestima en los adolescentes contribuye en el ingreso a la adicción
- Evaluar en qué medida influyen los grupos de pares en la introducción a este tipo de práctica/as

Diseño metodológico

Tipo de diseño

El tipo de diseño se basa en un estudio de campo. Es un diseño no experimental y transversal.

Unidad de análisis

La unidad de análisis del presente trabajo es cada uno de los adolescentes de entre 15 y 20 años del barrio de Flores, que hayan estado (o lo estén) en contacto, o no, con drogas ilegales psicoactivas

Población de estudio

La población de estudio está conformada por los adolescentes del barrio de Flores que estuvieron dispuestos a responder el cuestionario en línea, correspondiente al recabado de información.

Los criterios de inclusión son:

- Adolescentes que posean 15, 16, 17, 18, 19 o 20 años
- Adolescentes pertenecientes al barrio de Flores
- Deben estar dispuestos a contestar la encuesta, conscientes del carácter anónimo de la información proporcionada por ellos.

Los criterios de exclusión son:

- Personas que no correspondientes al rango etario de 15 a 20 años
- Personas que no correspondan al barrio de Flores
- Personas que no estén dispuestas a contestar la encuesta aún en conocimiento del carácter anónimo de la misma

Muestra

El procedimiento para la elección de la muestra consistió en la oferta de un cuestionario “on-line” a llenar por los jóvenes que hayan aceptado formar parte del estudio. El pedido ya

mencionado se distribuyó por redes sociales solicitando la colaboración de allegados para lograr una muestra significativamente mayor a la que probablemente hubiera conseguido por medios propios sin la ayuda de conocidos, aclarando previamente los criterios de inclusión y garantizando el anonimato de los participantes.

En correspondencia con los criterios anteriores se podría clasificar como una muestra probabilística simple, por la aleatoriedad en la selección de la misma.

Finalmente, la muestra se conforma por los primeros 59 cuestionarios respondidos por los adolescentes que aplicaron con los criterios de inclusión.

Fuentes de información

La información presente corresponde a fuentes primarias. Para la recolección de esta, se utilizó un cuestionario conformado por varios ejes temáticos que contribuyeron posteriormente a una óptima lectura y sistematización de los datos.

Los ejes están dispuestos de la siguiente manera:

- a) Consumo de drogas psicoactivas
- b) Dinámica familiar
- c) Autoestima/autopercepción
- d) Influencia positiva del grupo de pares

Matriz de datos

VARIABLE	V.V.	DIMENSIÓN	V.D.	INDICADOR	CATEGORÍA
Demográfica (Eje 1)		Edad		Años de vida (pregunta 1)	a) 15 b) 16 c) 17 d) 18 e) 19 f) 20
		Sexo		Género (pregunta 2)	a) Masculino b) Femenino c) Otro
		Nivel educativo		Nivel educativo alcanzado (pregunta 3)	a) Primario incompleto b) Primario completo c) Secundario completo d) Secundario incompleto e) Terciario/Universitario (cursando)
		Sistema de creencias		Religión (pregunta 4)	a) Cree en un dios y rinde culto al mismo b) Cree en un dios pero no rinde culto al mismo c) No cree en un dios

		Nacionalidad		País de origen (pregunta 5)	a) Argentino b) Boliviano c) Paraguayo d) Chileno e) Uruguayo f) Brasileño g) Otro
Valoración del consumo de sustancias psicoactivas (eje 2)			1 Indicador Alto (1 punto) Medio (2 puntos) Bajo o nulo (3 puntos)	Historial y frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas (pregunta 6)	a) Consume diariamente alguna droga (1) b) Consume al menos 3 veces por semana alguna droga (1) c) Consume semanalmente alguna droga (1) d) Consume al menos 3 veces al mes alguna droga (1) e) Consumió una vez, no le gusto y no se repitió (3) f) Consumió una vez, le gusto pero no se repitió (2) g) Consumió durante un periodo pero hace más de un mes no lo hace (2) h) Consumió durante un periodo pero hace más de tres meses no lo hace (2) i) Consumió durante un periodo pero hace más de

					un año no lo hace (2) j) Nunca consumió drogas y no siente curiosidad por ellas (3) k) Nunca consumió drogas pero siente curiosidad por ellas (2)
--	--	--	--	--	--

Factores condicionantes para el debut en el consumo de drogas psicoactivas en adolescentes (eje 3 a 5)	Nivel de influencia alto	Dinámica familiar (eje 3)	18 Indicadores	Se siente apreciado por su familia (pregunta 7)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
	Nivel de influencia medio	Familia funcional	Adecuada (37-54 puntos)		
		Familia disfuncional	Medianamente adecuada (19-36 puntos)		
	Nivel de influencia bajo	Familia severamente disfuncional	Inadecuada (1-18 puntos)		
				Su familia se preocupa por usted (pregunta 8)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Se siente escuchado/a por su familia (pregunta 9)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Considera que tuvo buena infancia (pregunta 10)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				En su familia consumen drogas (pregunta 11)	a) Siempre (1) b) Casi siempre (1) c) A veces (2) d) Nunca (3)
				Aprecia a su familia (pregunta 12)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)

				Realiza actividades junto a su familia (pregunta 13)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Horas que pasa semanalmente con su familia (pregunta 14)	a) 1hr a 3hs (1) b) 4 hs a 8 hs (2) c) Más de 8hs (3)
				Composición familiar (pregunta 15)	a) 2 miembros (1) b) 3 a 4 miembros (2) c) 4 a 6 miembros (3) d) Más de 6 miembros (3)
				Cómo califica la relación con sus padres (pregunta 16)	a) Muy buena (3) b) Buena (2) c) Regular (2) d) Mala (1)
				Cómo califica la relación con sus hermanos (pregunta 17)	a) Muy buena (3) b) Buena (3) c) Regular (2) d) Mala (1) e) No tengo hermanos (2)
				Comparte con su grupo familiar diariamente alguna de las comidas (pregunta 18)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Su familia lo ayudaba en su infancia con sus tareas escolares (pregunta 19)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)

				Considera que posee una familia unida (pregunta 20)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Sus padres trabajan (pregunta 21)	a) Ambos trabajan (2) b) Solamente uno de ellos (3) c) Ninguno de ellos trabaja (1)
				Considera que sus padres trabajan muchas horas (pregunta 22)	a) Siempre (1) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (3)
				Disfruta de estar en su hogar (pregunta 23)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (3) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Tuvo una conversación con alguno de sus padres o hermano/a mayor sobre el consumo de drogas (pregunta 24)	a) Si (3) b) No (1) c) Sí pero fue una conversación breve (2)
		Nivel de autoestima (eje 4)	15 Indicadores Optima (31-45 puntos) Regular (16-30 puntos) Baja (1-15 puntos)	Confía en sus habilidades/capacidades (pregunta 25)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)

				Es optimista (pregunta 26)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Tiene respeto por sí mismo (pregunta 27)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Se siente respetado por su entorno (pregunta 28)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Cómo definiría su desempeño académico (pregunta 29)	a) Muy bueno (3) b) Bueno (2) c) Regular (2) d) Malo (1)
				Que tan importante es para usted el desempeño académico (pregunta 30)	a) Muy importante (3) b) Importante (2) c) Poco importante (2) d) Nada importante (1)
				Cuántas horas le dedica al estudio semanalmente (pregunta 31)	a) Menos de 5 hs (3) b) De 5hs a 7hs (2) c) De 8hs a 10hs (2) d) Más de 10hs (1)
				Que tan importante es para sus padres su desempeño académico (pregunta 32)	a) Muy importante (3) b) Importante (2) c) Poco importante (1) d) Nada importante (1)

				Disfruta realizando actividades académicas (pregunta 33)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Le agrada su ámbito académico (pregunta 34)	a) Me agrada mucho (3) b) Me agrada (2) c) Me agrada poco (1) d) No me agrada (1)
				Que tan importante es para sus padres el desempeño académico (pregunta 35)	a) Muy importante (3) b) Importante (2) c) Poco importante (1) d) Nada importante (1)
				Se reúne con su grupo de pares para estudiar (pregunta 36)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Que tan probable considera la obtención de un título universitario o terciario (pregunta 37)	a) Muy probable (3) b) Probable (2) c) Poco probable (1) d) Nada probable (1)
				Cuántas horas diarias mira televisión o revisa sus redes sociales (pregunta 38)	a) 2 hs a 4 hs (3) b) 5hs a 7hs (2) c) 8hs a 10hs (2) d) Más de 10hs (1)

				Cuál es el principal mensaje que percibe por parte de los medios de comunicación sobre el uso de drogas (<i>pregunta 39</i>)	a) Las drogas son perjudiciales (3) b) Las drogas no son perjudiciales (1) c) Las drogas no son perjudiciales si se las consumen con moderación (2) d) Existen drogas que son perjudiciales y otras cuyo consumo es seguro (2)
		Influencia positiva del grupo de pares (<i>eje 5</i>)	12 Indicadores Elevada (25-36 puntos) Intermedia (13-24 puntos) Minina (1-12 puntos)	Su grupo de pares le ofreció drogas alguna vez (<i>pregunta 40</i>)	a) Siempre (1) b) Casi siempre (1) c) A veces (2) d) Nunca (3)
				Su grupo de pares consume algún tipo de droga (<i>pregunta 41</i>)	a) Siempre (1) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (3)
				Se ha sentido presionado por su grupo de pares para consumir drogas (<i>pregunta 42</i>)	a) Siempre (1) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (3)

				Qué piensa su grupo de pares sobre las drogas (pregunta 43)	a) Consideran que no hacen daño (1) b) Consideran que hacen daño (3) c) Consideran que no hacen daño si se es responsable con su uso (2)
				Qué piensa usted sobre el consumo de drogas (pregunta 44)	a) Considero que no hacen daño (1) b) Considero que hacen daño (3) c) Considero que no hacen daño si se es responsable con su uso (2)
				Que tan importante considera la opinión que tiene su grupo de pares sobre su persona, o sea, sobre usted (pregunta 45)	a) Muy importante (1) b) Importante (1) c) Poco importante (2) d) Nada importante (3)
				Cuántas horas en promedio comparte con su grupo de pares (pregunta 46)	a) 1hr a 2hs (3) b) 3hs a 5hs (2) c) Más de 5hs (1)
				Que tan importante es para usted su grupo de pares (pregunta 47)	a) Muy importante (1) b) Importante (3) c) Poco importante (2) d) Nada importante (2)

				Se siente aceptado por su grupo de pares (pregunta 48)	a) Me siento muy aceptado (3) b) Me siento medianamente aceptado (2) c) Me siento poco aceptado (1) d) No me siento aceptado (1)
				Se ha sentido influenciado por su grupo de pares para hacer algo que realmente usted no deseaba (pregunta 49)	a) Siempre (1) b) Casi siempre (1) c) A veces (2) d) Nunca (3)
				Se considera una persona sociable (pregunta 50)	a) Siempre (3) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (1)
				Se reúne con su grupo de pares fuera del establecimiento educativo (pregunta 51)	a) Siempre (1) b) Casi siempre (2) c) A veces (2) d) Nunca (3)

Instrumento

En la sección “Anexos” se expone el modelo de encuesta presentado a los participantes de la investigación. La intención de la misma es la exploración de las dimensiones de manera exhaustiva. Simultáneamente se señala entre paréntesis el valor asignado a cada una de las posibilidades de respuesta para el posterior análisis de las dimensiones. Cabe mencionar que se asignaron tres valores nominales para la posterior sumatoria y valoración de cada indicador y, en consecuencia, la valoración de la dimensión. Los valores mencionados son: 1 (uno), 2 (dos) y 3 (tres). Correspondiendo el valor 1 a una respuesta de calidad baja en términos teóricos relacionados a una probable mayor sensibilidad ante el abuso de sustancias psicoactivas y, por el contrario, un valor de 3 puntos a una respuesta que se relaciona con una menor afectación hacia este tipo de prácticas.

La asignación de valores totales de cada dimensión correspondiente a cada unidad de análisis se realizó de la siguiente manera:

Valoración del consumo de sustancias psicoactivas (1 Indicador)	● Alto: 1 punto ● Medio: 2 puntos ● Bajo o nulo: 3 puntos
Dinámica familiar (18 Indicadores)	● Adecuada: 37 a 54 puntos ● Medianamente adecuada: 19 a 36 puntos ● Inadecuada: 1 a 18 puntos
Nivel de autoestima (15 Indicadores)	● Óptima: 31 a 45 puntos ● Regular: 16 a 30 puntos ● Baja: 1 a 15 puntos
Influencia positiva del grupo de pares (12 Indicadores)	● Elevada: 25 a 36 puntos ● Intermedia: 13 a 24 puntos ● Mínima: 1 a 12 puntos

Presentación y análisis de datos

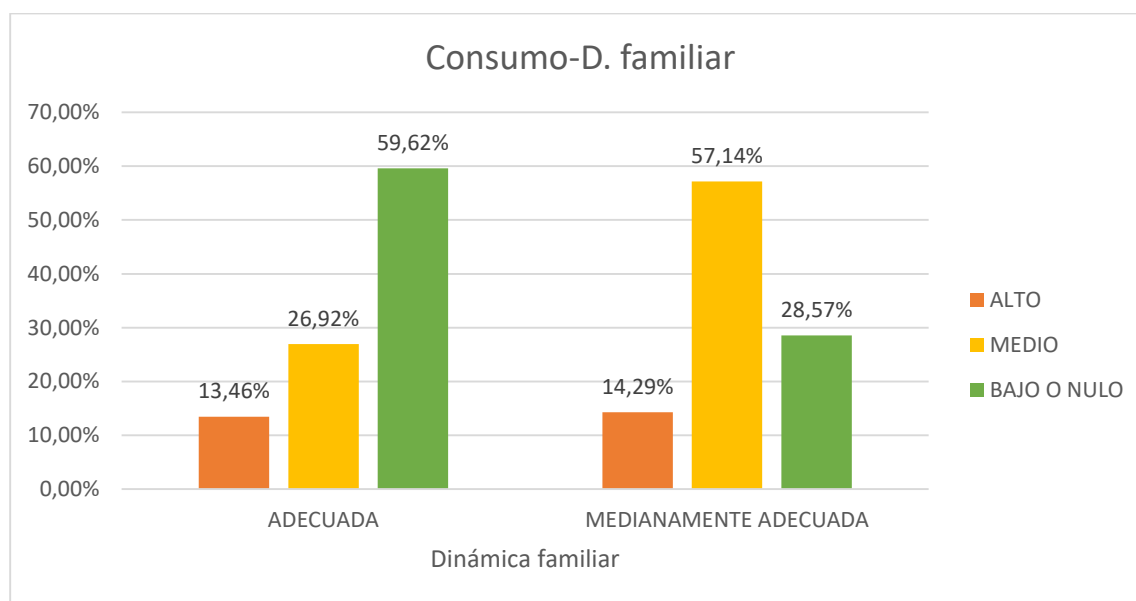
Tabla 1

Dinámica Familiar/Nivel de Consumo

	Alto	Medio	Bajo o nulo	Total general
Adecuada	13,46%	26,92%	59,62%	100,00%
Medianamente adecuada	14,29%	57,14%	28,57%	100,00%
Total general	13,56%	30,51%	55,93%	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

Gráfico 1



Análisis de tabla 1

Cuando se comienzan a cruzar los datos de las dimensiones relevantes para el presente estudio, se pueden entrever resultados que se condicen con los antecedentes traídos en el marco

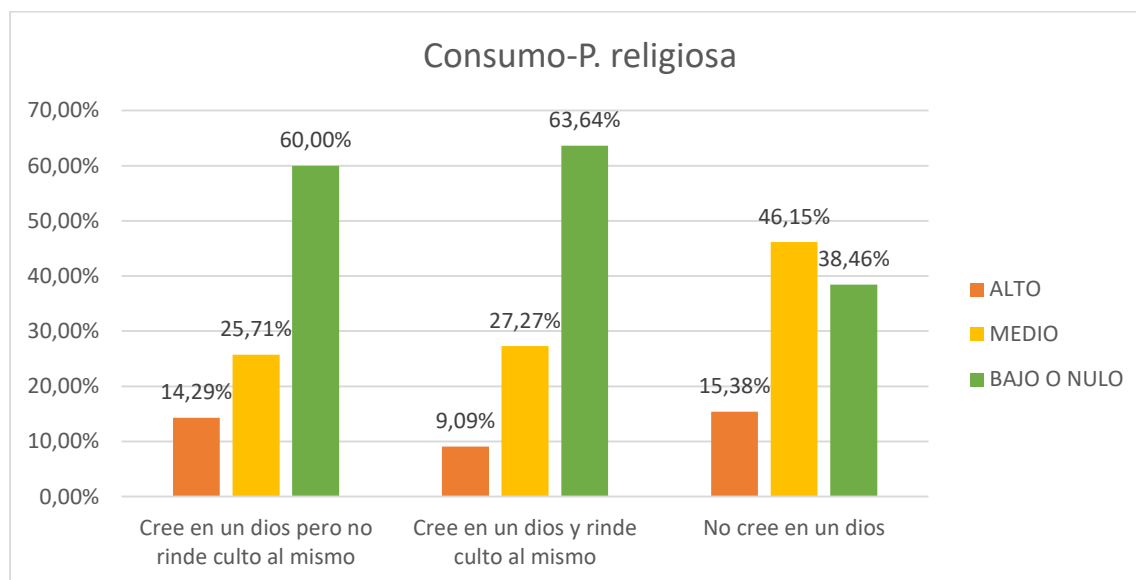
teórico. El primero de ellos es la relación que se establece entre la dinámica familiar y el nivel de consumo presente en las unidades de análisis. Queda en claro que existe una relación entre una dinámica familiar de carácter positivo con una menor incidencia en el consumo de sustancias psicoactivas. Mientras que, cuando el sujeto en cuestión carece de un ámbito familiar adecuado sus posibilidades de consumo se elevan, expresándose radicalmente en el aumento del consumo de nivel “medio” en 30,22 puntos porcentuales en comparación al consumo intermedio de las personas que presentan una dinámica familiar adecuada lo que se traduce finalmente en un aumento del 106%.

Tabla 2

Práctica religiosa/nivel de consumo

	Alto	Medio	Bajo o nulo	Total general
Cree en un dios, pero no rinde culto al mismo	14,29%	25,71%	60,00%	100,00%
Cree en un dios y rinde culto al mismo	9,09%	27,27%	63,64%	100,00%
No cree en un dios	15,38%	46,15%	38,46%	100,00%
Total general	13,56%	30,51%	55,93%	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

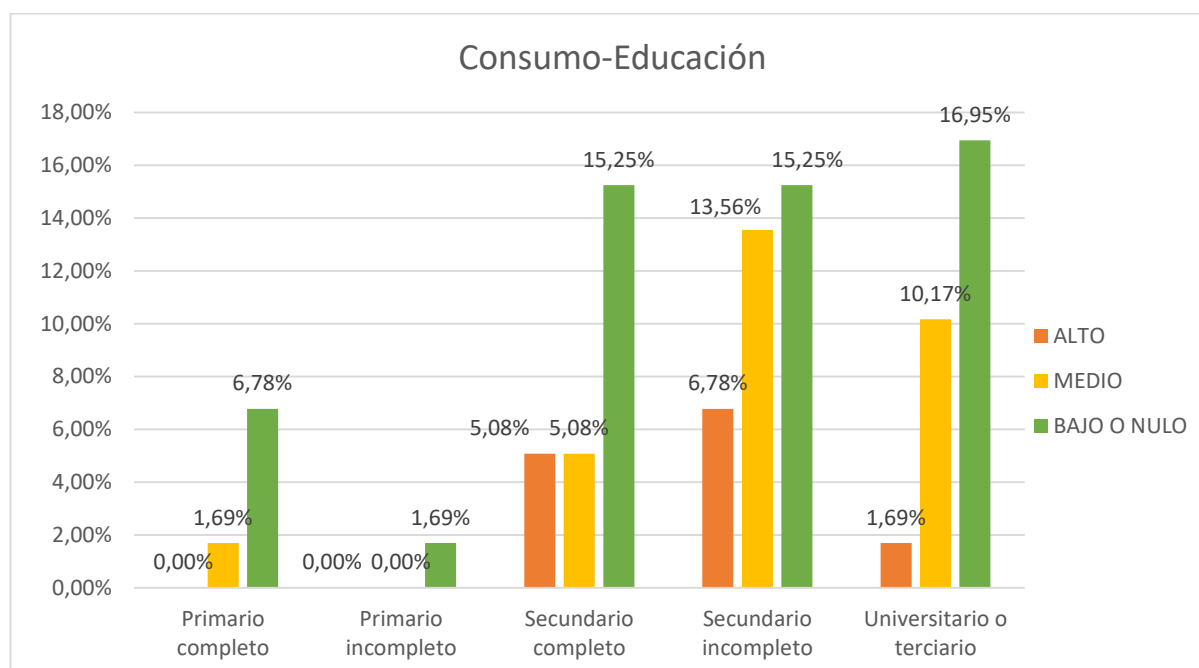
Gráfico 2**Análisis de tabla 2**

Una vez analizados los datos vinculados a las dimensiones relevantes para la investigación, resulta interesante exponer el vínculo entre el plano espiritual y el consumo de sustancias psicoactivas como lo ha hecho anteriormente Scott et al. (2015). Los datos expuestos permiten llegar a una conclusión en concordancia con la del autor mencionado. Pudiéndose concluir que la creencia, o no, en una entidad divina afecta en la consideración de introducirse al mundo de las sustancias psicoactivas.

Tabla 3*Nivel académico/nivel de consumo*

	Alto	Medio	Bajo o nulo	Total general
Primario completo	0,00%	1,69%	6,78%	8,47%
Primario incompleto	0,00%	0,00%	1,69%	1,69%
Secundario completo	5,08%	5,08%	15,25%	25,42%
Secundario incompleto	6,78%	13,56%	15,25%	35,59%
Universitario o terciario	1,69%	10,17%	16,95%	28,81%
Total general	13,56%	30,51%	55,93%	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

Gráfico 3**Análisis de tabla 3**

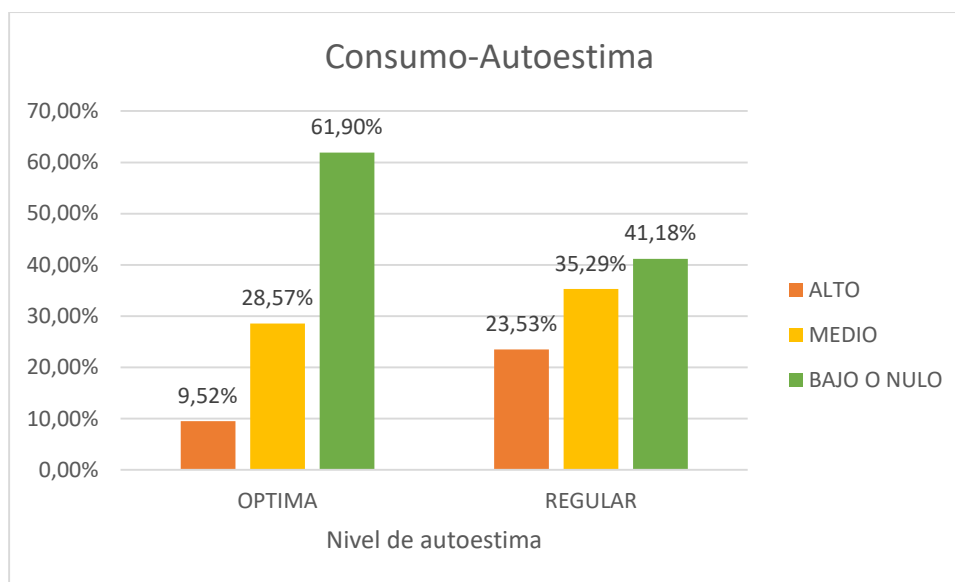
Cuando se vincula el aspecto educativo y el consumo, los entrevistados que poseen el grado académico secundario (completo e incompleto) presentan niveles moderadamente más elevados de consumo en comparación al resto de las categorías.

Tabla 4

Nivel de autoestima/nivel de consumo

	Alto	Medio	Bajo o nulo	Total general
Optima	9,52%	28,57%	61,90%	100,00%
Regular	23,53%	35,29%	41,18%	100,00%
Total general	13,56%	30,51%	55,93%	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

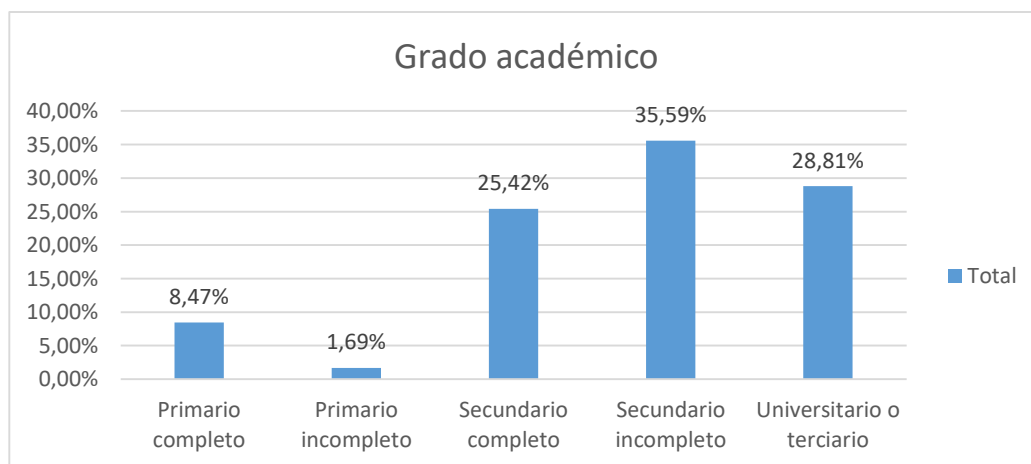
Gráfico 4**Análisis de tabla 4**

Cuando nos introducimos en el análisis de la dimensión “Autoestima” encontramos que las personas que gozan de un nivel óptimo de esta, suelen frecuentar menos las drogas psicoactivas en comparación a los individuos que poseen un nivel de autoestima inferior. Esto se percibe en los 20,72 puntos porcentuales que diferencian a las personas poseedoras de un nivel de consumo bajo o nulo en cada uno de los valores asignados al plano de la autopercepción.

Tabla 5*Nivel académico*

Primario completo	8,47%
Primario incompleto	1,69%
Secundario completo	25,42%
Secundario incompleto	35,59%
Universitario o terciario	28,81%
Total general	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

Gráfico 5**Análisis de tabla 5**

En el aspecto educativo diecisiete (17) personas manifestaron el grado universitario o terciario, veintiún (21) de ellos expresaron poseer el grado secundario incompleto, quince (15) el

secundario completo, uno (1) de ellos el primario incompleto y cinco (5) no finalizaron sus estudios primarios.

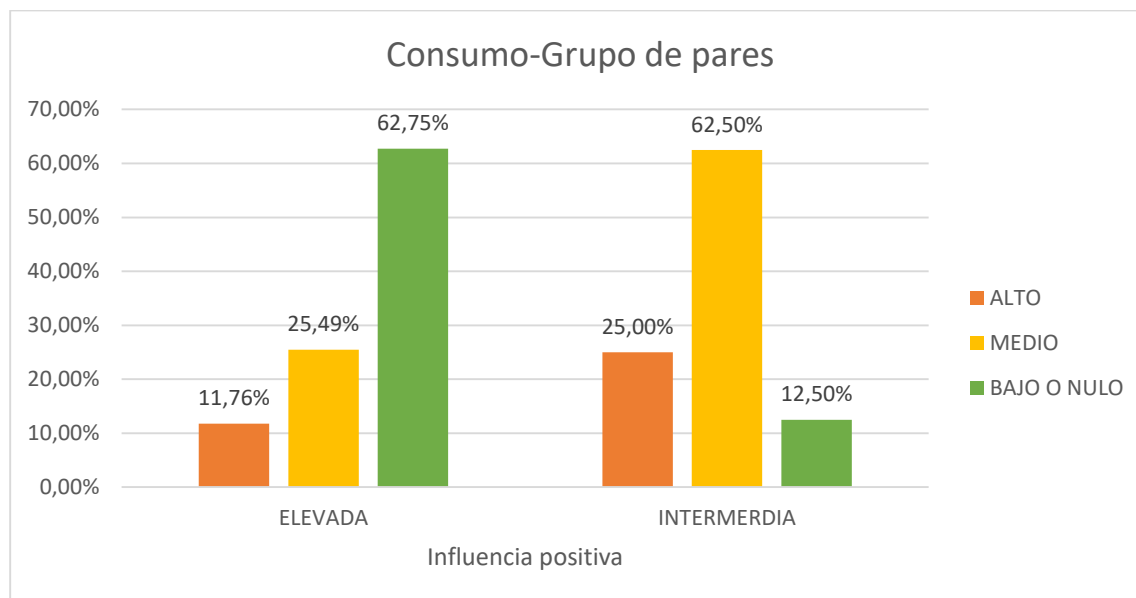
Tabla 6

Influencia positiva grupo de pares/nivel de consumo

	Alto	Medio	Bajo o nulo	Total general
Elevada	11,76%	25,49%	62,75%	100,00%
Intermedia	25,00%	62,50%	12,50%	100,00%
Total general	13,56%	30,51%	55,93%	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

Gráfico 6



Análisis de tabla 6

Con respecto al grupo de pares, queda representada gráficamente como una “influencia positiva” (o sea, una visión negativa del abuso de sustancias psicoactivas) elevada establece una relación significativa con un consumo bajo o nulo. Mientras que una influencia positiva intermedia se condice con un nivel de consumo medio en primer lugar, relegando al consumo bajo o nulo a la última posición.

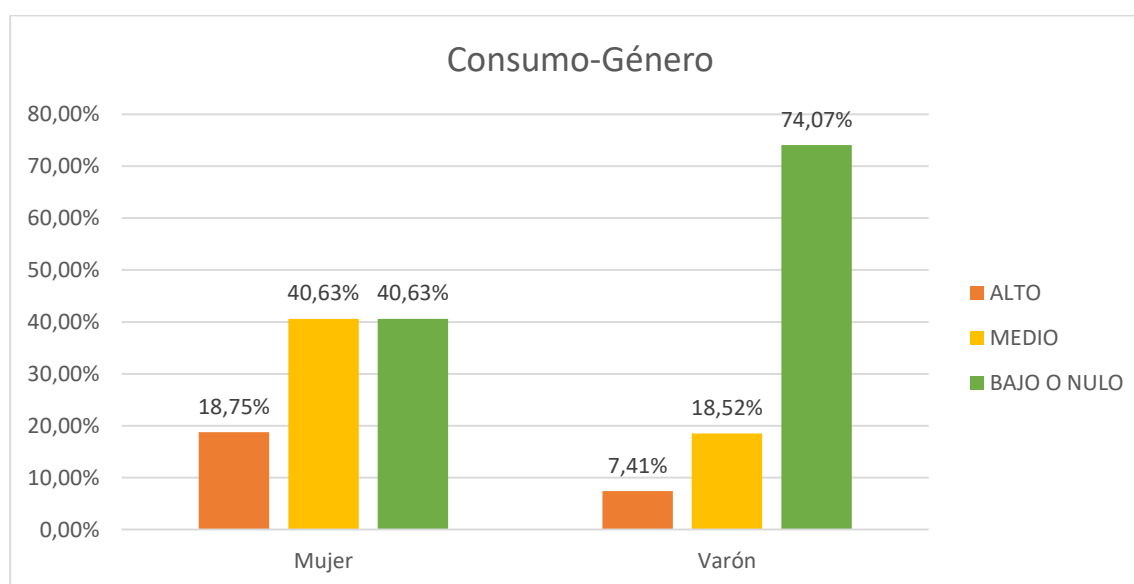
Tabla 7

Género/nivel de consumo

	Alto	Medio	Bajo o nulo	Total general
Mujer	18,75%	40,63%	40,63%	100,00%
Varón	7,41%	18,52%	74,07%	100,00%
Total general	13,56%	30,51%	55,93%	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

Gráfico 7



Análisis de tabla 7

El análisis del vínculo entre los niveles de consumo y el género se presenta de la siguiente manera: Los varones presentan un nivel de consumo menor en comparación al del género femenino.

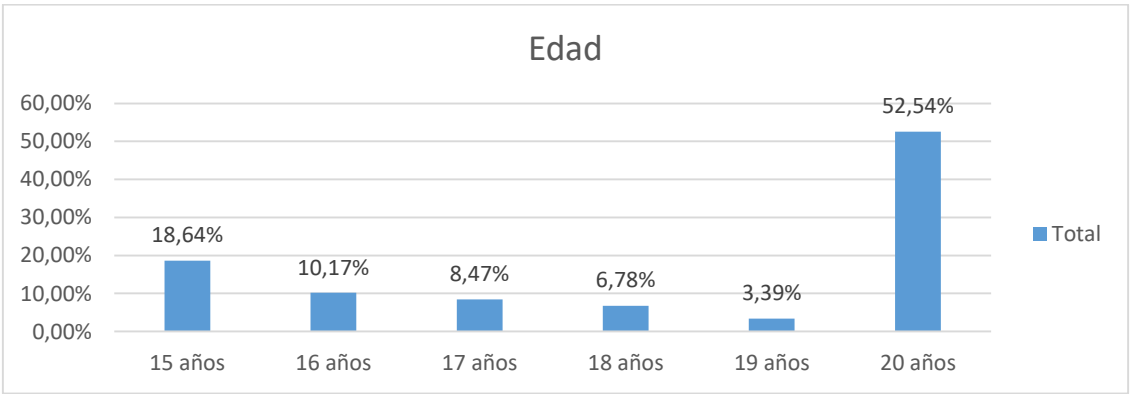
Tabla 8

Edad/porcentaje de la muestra

15 años	18,64%
16 años	10,17%
17 años	8,47%
18 años	6,78%
19 años	3,39%
20 años	52,54%
Total general	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

Gráfico N°8



Análisis de tabla N° 8

En cuanto a la edad de los entrevistados, la mayoría de ellos manifestó poseer 20 años (31 participantes) representando poco más de la mitad de la muestra. Los participantes de quince (15) años fueron 11, los de dieciséis (16) años 6, los de diecisiete (17) años 5, dieciocho (18) años 4 participantes y finalmente los de diecinueve (19) años 2 participantes. A continuación se detallan los porcentajes correspondientes en materia etaria.

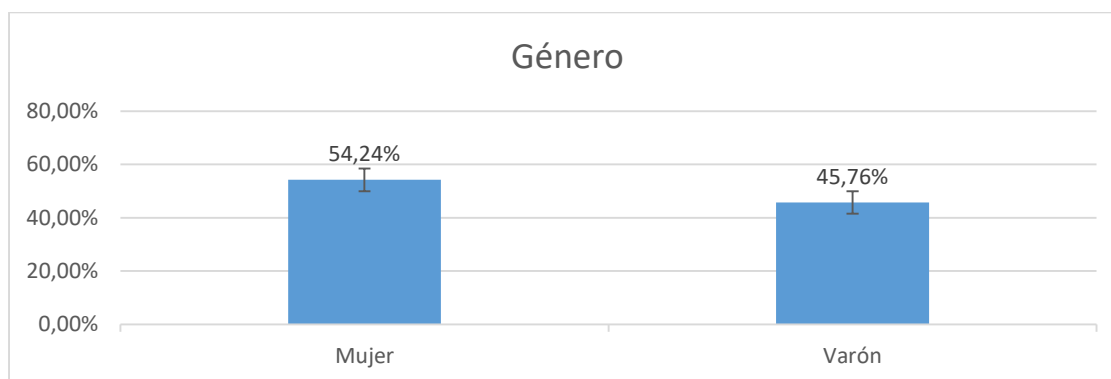
Tabla N°9

Género/porcentaje de la muestra

Mujer	54,24%
Varón	45,76%
Total general	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

Gráfico N°9



Análisis de tabla N° 9

La cantidad total de participantes en la encuesta fue de 59 sujetos, los cuales se identificaron 27 pertenecientes al género masculino y 32 al femenino. Lo que significa una relación de 54,24% de mujeres frente a un 45,76% de hombres.

Discusión

En el trabajo presente el objetivo radica en determinar los principales condicionantes que inducen a los jóvenes de entre 15 y 20 años a que debuten en el consumo de drogas psicoactivas. Ante este interrogante me propuse tres metas que suponían la división del problema mencionado en planos para un oportuno análisis de la composición de los factores contextuales vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, estos eran la dimensión familiar, la autoestima y la perteneciente al grupo de pares.

Al momento de analizar el plano familiar, su dinámica y cómo influye está en la introducción a la drogadicción los resultados arrojaron que existe una diferencia notable entre el nivel de consumo de término medio comparando a los integrantes de la muestra que presentan dinámicas familiares adecuadas con los que cuya dinámica es medianamente adecuada. Los números podrían indicarnos que en el caso de poseer una familia con ciertas deficiencias, en términos de contención y acompañamiento, el adolescente es mayormente susceptible a iniciarse en la drogodependencia. Relaciones análogas se han encontrado en el estudio publicado por Cruz Salmeron (2010), el cual sentó precedente al concluir que el 100% de los adolescentes con drogadicción provenían de una familia disfuncional. El autor afirma que la disfuncionalidad familiar aparece como factor de riesgo para la introducción a las drogas. Funda esto en la deficiente autoridad y supervisión familiar (Cruz Salmeron et al. 2010)

A su vez, es importante señalar el factor religioso en el presente estudio y el publicado por Scott (2015), este último expone una muestra independiente con la finalidad de relacionar el consumo y la espiritualidad, en la cual se concluyó que esta última funciona como factor protector ante el abuso de sustancias (Scott et al. 2015). Los valores que se obtuvieron en el estudio aquí presente, muestran que los sujetos que no poseen creencia alguna (vinculada a una deidad) presentan un nivel de consumo “medio” superior en comparación a los grupos que se identificaron como creyentes practicantes y no practicantes, siendo la diferencia de alrededor de 20 puntos porcentuales. En el caso de un nivel de consumo caracterizado como “alto”, la diferencia entre los grupos “creyentes” y “no creyentes” es de 3,69% significando un consumo marginalmente superior en el caso de estos últimos.

Al momento de darle significado a los datos provenientes de la dimensión “autoestima” y su relación con la drogodependencia hallamos que los sujetos que suelen gozar de un nivel

óptimo de autopercepción presentan menores niveles de consumo en comparación a los poseedores de una autoestima “regular”. Esto nos permite afirmar que, al igual que en el estudio publicado por Sanchez Sosa, la autoestima tiene relación con el consumo de sustancias psicoactivas, siempre teniendo en cuenta como partes integradoras de esta relación el contexto familiar, el desempeño (social y escolar), las expectativas académicas y la sintomatología depresiva (Sanchez Sosa et al. 2014). En base a esto, se podría decir que la autoestima está íntimamente ligada a los procesos familiares que derivan posteriormente en el proceso de socialización del adolescente y la constitución de un nivel de autoestima óptimo que funcione como factor protector o factor de vulnerabilidad ante el consumo de sustancias psicoactivas. Aquí es donde podemos especular sobre el papel de la familia como condicionante directo o indirecto ante el abuso de sustancias. En el segundo caso sería mediado por la autopercepción y el nivel de esta funcionaria como un regulador.

La dimensión que hace referencia a los compañeros escolares, amigos, allegados y en menor medida a los medios masivos de comunicación, es la que he decidido nominar como “grupo de pares” englobando en este término todos los actores externos al sujeto y su familia.

Los resultados arrojados por el estudio en la categoría “grupo de pares” logran exponer claramente la medida en que estas relaciones influyen notablemente en el accionar de los adolescentes, y por lo tanto como lo sensibilizan ante el abuso de sustancias psicoactivas, ya sea por ofrecimiento o por la “normalización” de esta práctica. Scott (2015) lo describe en su trabajo investigativo titulado “Influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de universidad en Manabí, Ecuador” de la siguiente manera:

“La familia, el grupo de pares, la espiritualidad y la industria del entretenimiento son algunas de las instituciones sociales a los que los adultos jóvenes están expuestos cotidianamente y que llegan a generar una influencia cognitiva de real importancia en el proceso de toma de decisiones” (Scott et al. 2015).

Su estudio expone que los alumnos que incursionaron en las drogas lo hicieron bajo influencia de su grupo de pares estableciendo una correlación estadística de error del 0,01% lo que se traduce en una relación directa entre la influencia del grupo de pares y el consumo de drogas (Scott et al. 2015). En nuestro caso el resultado es análogo ya que, cuando la influencia positiva del grupo de pares (detractora del uso de sustancias psicoactivas) fue “elevada” el

consumo alto y medio en este grupo abarcó el 37,25% frente a los 87,5% del grupo perteneciente a una influencia positiva de nivel intermedio. Este dato podría caracterizarse como de suma relevancia e incluso alarmante dados los 50,25 puntos porcentuales que diferencian a ambos grupos traduciéndose en la gran incidencia del grupo de pares al momento de la toma de decisiones por parte de los adolescentes.

Para finalizar, la interpretación de lo anteriormente expuesto me lleva a especular que, en el caso particular de esta muestra, la influencia del grupo de pares es radicalmente superior en comparación a los otros dos ejes dispuestos (el familiar y la autoestima) lo que llevaría a pensar que, si bien no es un determinante, sí es un condicionante de mayor relevancia en comparación a las otras dos dimensiones. También podría suponer que las personas pertenecientes a un grupo donde la influencia positiva es “intermedia” tienen un 234% de posibilidades de adherirse a una práctica que involucra el abuso de sustancias psicoactivas en contraste con un grupo de pares cuyo ideal no compatibilice con el uso de drogas.

Conclusión

Los resultados arrojados por el presente estudio van en concordancia de sus predecesores, lo que significa que la línea de pensamiento y la hipótesis planteada poseen una gran firmeza teórica constituyendo así una nueva fuente de información y antecedente para investigaciones futuras en materia de drogadicción adolescente. A su vez, la hipótesis planteada hacía hincapié en la familia y relegaba a un segundo plano de relevancia el aspecto vinculado a los allegados y amigos del drogodependiente. El análisis propuesto nos revela que más allá de que la dinámica familiar y la autoestima funcionen como moderadores o factores protectores, la dimensión “grupo de pares” juega un papel fundamental en el inicio y posterior abuso de sustancias psicoactivas, constituyéndose como clave en la prevención, tratamiento y seguimiento de la patología.

Las principales sugerencias que surgen son las relacionadas con el reforzamiento de los factores protectores como son la familia y el nivel de autoestima generado a su vez por esta. Principalmente, propongo hacer foco en el acompañamiento paterno/materno continuo en la etapa comprendida como adolescencia, el reforzamiento de los lazos familiares y la confianza a la hora de constituirse como fuente de información podrían resultar vitales para el joven al momento de su incursión o negación al mundo de las drogas. A su vez, el cancelamiento o moderación de conductas de carácter “adictivo” por parte de los adultos, como lo son la adicción alimentaria o acciones repetitivas, puede suponer la ausencia de lo que Kalina (2000, citado en Saenz & Medici, 2010) denomina como “constelación y personalidad preadictiva”. Por lo tanto, se apela a la moderación de ciertos hábitos en beneficio propio con la finalidad última de crear conductas en los niños y adolescentes que tengan como base la templanza. En segundo lugar, se propone reforzar la autoestima del adolescente y el niño mediante la dedicación de atención y tiempo de calidad, valorando positivamente el esfuerzo del mismo en cada uno de sus aspectos, ya sea el académico o en cualquiera de los planos en los que se manifieste el individuo. También es conveniente el uso de herramientas vinculadas a la reducción de la frustración, tanto por parte de los adolescentes como de los adultos. Entender que el fracaso muchas veces puede ser un resultado aceptable en un mundo tan competitivo. La tolerancia al error debe ser practicada mediante la comprensión del mismo error y del entendimiento del “derecho a fallar”, el derecho a mostrarnos como humanos que somos y allegarnos con valores que enaltezcan nuestra

condición humana, llena de pros y contras, llena de virtudes y errores, con la finalidad de reforzar la autoestima de nuestros hijos favoreciendo su desarrollo y la abstención a conductas autodestructivas.

Más allá del análisis propuesto en el plano académico vinculado al consumo de drogas, cabe mencionar que, dado el tamaño de la muestra, los números pueden tender a confundir el análisis gráfico, por eso mismo se lo dispuso de otra forma (como porcentaje de muestra total). En primer lugar, esto se puede entrever cuando consideramos que solamente una persona se identificó con el nivel de “primario incompleto”. Sus datos de consumo arrojaron que este es sumamente mínimo o nulo, lo que podría terminar indicando que el 100% de las personas pertenecientes a este nivel de estudios se posicionan en la categoría de “consumo bajo o nulo”. Por esto mismo se decidió no profundizar en este aspecto ya que sería caer en el terreno de la mera especulación.

Bibliografía

Ballarino, F. (2 de Septiembre de 2018). *Perfil*.

<https://www.perfil.com/noticias/ciencia/argentina-en-el-podio-de-paises-con-mayor-numero-de-bebedores-de-alcohol-del-mundo.phtml>

Crous, F. P. (14 de Mayo de 2014). Argentina es un pais de transito, de consumo y de produccion de drogas. (A. Argento, Entrevistador)

https://www.cronista.com/economiapolitica/Argentina-es-un-pais-de-transito-de-consumo-y-de-produccion-de-drogas-20140514-0065.html?utm_source=ecc_nota&utm_medium=cms&utm_campaign=refresh

Cruz Salmeron, V. H., Martinez Martinez, M., Garibay Lopez, L., & Camacho Calderon, N. (Febrero de 2010). *ScienceDirect*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656710001988>

Fundacion Manantiales. (s.f.). *Fundacion Manantiales*.

https://www.manantiales.org/area_legal_ley_23737.php

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (s.f.). *Buenos Aires Ciudad*.

<https://www.buenosaires.gob.ar/laciudad/barrios/flores>

IAFA. (s.f.). *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*

<https://www.iafa.go.cr/blog/que-es-la-adiccion>

Manantiales, F. (s.f.). *Fundacion Manantiales*.

https://www.manantiales.org/area_legal_resolucion_conjunta_362-97.php

Marcos Sierra, J. A., & Garrido Fernandez, M. (2009). *La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones*. <https://idus.us.es/handle/11441/59490>

Ministerio de Salud y Acción Social y Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. (11 de Junio de 1997). *Resolución*

- Conjunta 362/97 y 154/97. InfoLeg.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/44656/norma.htm>
- Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (07 de Septiembre de 2020).
<https://www.mintic.gov.co/portal/inicio/5305:Sociedad-de-la-Infomaci-n>
- Montero Dominguez, F. A., Cruz Juarez, A., Tiburcio Sainz, M. A., & Garcia Gonzalez, J. (2018). *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6694369>
- Naranjo Hernandez, Y., Concepcion Pacheco, J. A., & Rodriguez Larreynaga, M. (2017). *Scielo*.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Presidencia de la Nación. (11 de Octubre de 1971, 11 de octubre). Ley 19.303. En InfoLeg (Ed.).
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20966/norma.htm>
- Saenz, I., & Medici, S. (2010). <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/tc102419.pdf>
- Sanchez Sosa, J., Villarreal Gonzalez, M., Avila Guerrero, M., Vera Jimenez, A., & Musitu, G. (2014). *Scielo*. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592014000100008&script=sci_abstract&tlng=en
- Schiavone, M. A., & Julio, S. (2016). *Pontificia Universidad Catolica Argentina*.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8028>
- Scott, M., Noh, S., Brands, B., Hamilton, H., Gastaldo, D., Miotto Wright, M., Cumsille, F., & Khenti, A. (2015). *Scielo*. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000600154&script=sci_arttext
- SEDRONAR. (2017)
https://drive.google.com/file/d/1DpHoNtdnYJRnZmrWJpSstmFnGYeqJHoV/view?usp=s_haring
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (21 de Septiembre de 1989, 21 de septiembre). Ley N° 23.737. InfoLeg.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/texact.htm>
- Simkin, H., Azzollini, S., & Voloschin, C. (2014). *PSOCIAL*.
<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/595/538>

Wikipedia, C. d. (18 de Mayo de 2020). *Wikipedia*

https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Villa_1-11-14&oldid=126159271

Enlace de encuesta Google Drive:

https://docs.google.com/forms/d/1ffLJ5a125aOQvod2gh8QhdSIcfBsWE-A_cd0tmwGpxE/edit?usp=sharing

Anexos

ENCUESTA

Estimado, la presente guía de preguntas es de carácter anónimo. Se le solicita el llenado completo de la misma, ante cualquier inconveniente con su interpretación no dude en consultarme. Asimismo, se le solicita que sea completamente sincero con sus respuestas ya que las mismas son relevantes para la investigación en curso realizada por mi persona por solicitud de la Universidad Abierta Interamericana. Se le agradece por acceder a dicha encuesta y se garantiza la responsabilidad del uso de los datos expuestos por usted en la misma. Atentamente Guillermo Diaz, estudiante de la Licenciatura en Enfermería.

Eje N°1

1) ¿Cuál es su edad?

- a) **15 AÑOS**
- b) **16 AÑOS**
- c) **17 AÑOS**
- d) **18 AÑOS**
- e) **19 AÑOS**
- f) **20 AÑOS**

2) Usted se identifica como:

- a) **VARÓN**
- b) **MUJER**
- c) **OTRO**

3) ¿Cuál es su nivel actual de estudios?

- a) **PRIMARIO INCOMPLETO**
- b) **PRIMARIO COMPLETO**
- c) **SECUNDARIO INCOMPLETO**
- d) **SECUNDARIO COMPLETO**
- e) **UNIVERSITARIO O Terciario**

4) ¿Pone en práctica alguna actividad religiosa?

- a) **CREE EN UN DIOS Y RINDE CULTO AL MISMO**
- b) **CREE EN UN DIOS PERO NO RINDE CULTO AL MISMO**
- c) **NO CREE EN UN DIOS**

5) ¿Cuál es su nacionalidad?

- a) **ARGENTINO**
- b) **BOLIVIANO**
- c) **PARAGUAYO**
- d) **CHILENO**
- e) **URUGUAYO**
- f) **BRASILEÑO**
- g) **OTROS**

Eje N°2

NOTA: cuando hago referencia a “droga” me refiero a algún tipo de sustancia, ya sea pastilla, cigarrillo o polvo utilizado para generar una alteración en su percepción de la realidad o alteración de sus sentidos. No incluye el alcohol.

6) Señale la opción con la que se identifique:

- a) **CONSUME DIARIAMENTE ALGUNA DROGA**
- b) **CONSUME AL MENOS TRES VECES POR SEMANA ALGUNA DROGA**
- c) **CONSUME SEMANALMENTE ALGUNA DROGA (UNA O DOS VECES POR SEMANA)**
- d) **CONSUME AL MENOS TRES VECES AL MES ALGUNA DROGA**
- e) **CONSUMIO UNA VEZ, NO LE GUSTO Y NO SE REPITIO**
- f) **CONSUMIO UNA VEZ, LE GUSTO PERO NO SE REPITIO**
- g) **CONSUMIÓ DURANTE UN PERIODO PERO HACE MÁS DE UN MES NO LO HACE**
- h) **CONSUMIÓ DURANTE UN PERIODO PERO HACE MÁS DE TRES MESES NO LO HACE**
- i) **CONSUMIÓ DURANTE UN PERIODO PERO HACE MÁS DE UN AÑO NO LO HACE**
- j) **NUNCA CONSUMIÓ DROGAS Y NO SIENTE CURIOSIDAD POR ELLAS**
- k) **NUNCA CONSUMIÓ DROGAS PERO SIENTE CURIOSIDAD POR ELLAS**

Eje N°3

7) ¿Usted se siente apreciado por su familia?

- a) **SIEMPRE**
- b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

8) ¿Su familia se preocupa por usted?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

9) ¿Se siente escuchado/a por su familia?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

10) ¿Considera que tuvo una buena infancia?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

11) ¿En su familia consumen drogas?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

12) ¿Usted aprecia a su familia?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

13) ¿Realizan actividades juntos en su familia?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

14) ¿Cuántas horas pasa semanalmente con su familia?

a) **1HR A 3HS**

b) **4 HS A 8 HS**

c) **MAS DE 8HS**

15) ¿Cómo está compuesta su familia?

a) **2 MIEMBROS**

b) **3 A 4 MIEMBROS**

c) **4 A 6 MIEMBROS**

d) **MÁS DE 6 MIEMBROS**

16) ¿Cómo calificaría la relación con sus padres?

a) **MUY BUENA**

b) **BUENA**

c) **REGULAR**

d) **MALA**

17) ¿Cómo calificaría la relación con sus hermanos?

a) **MUY BUENA**

b) **BUENA**

c) **REGULAR**

d) **MALA**

e) **NO TENGO HERMANOS**

18) ¿Comparte con su grupo familiar diariamente alguna de las comidas?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

19) ¿Su familia lo ayudaba en su infancia con sus tareas escolares?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

20) ¿Considera que posee una familia unida?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

21) ¿Sus padres trabajan?

a) **AMBOS TRABAJAN**

b) **SOLAMENTE UNO DE ELLOS**

c) **NINGUNO DE ELLOS TRABAJA**

22) ¿Considera que sus padres trabajan muchas horas?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

23) ¿Disfruta de estar en su hogar?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

24) ¿Tuvo una conversación con alguno de sus padres o hermano/a mayor sobre el consumo de drogas?

a) **SI**

b) **NO**

c) **SÍ, PERO FUE UNA CONVERSACIÓN BREVE**

Eje N°4

25) ¿Confía en sus habilidades y capacidades?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

26) ¿Es optimista?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

27) ¿Tiene respeto por sí mismo?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

28) ¿Se siente respetado por su entorno?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

29) ¿Cómo definiría su desempeño académico?

a) **MUY BUENO**

b) **BUENO**

c) **REGULAR**

d) **MALO**

30) ¿Qué tan importante es para usted el desempeño académico?

a) **MUY IMPORTANTE**

b) **IMPORTANTE**

c) **POCO IMPORTANTE**

d) **NADA IMPORTANTE**

31) ¿Cuántas horas le dedica al estudio semanalmente?

a) **MENOS DE 5 HS**

b) **DE 5HS A 7HS**

c) **DE 8HS A 10HS**

d) **MÁS DE 10 HS**

32) ¿Qué tan importante es para sus padres su desempeño académico?

- a) **MUY IMPORTANTE**
- b) **IMPORTANTE**
- c) **POCO IMPORTANTE**
- d) **NADA IMPORTANTE**

33) ¿Disfruta realizando actividades académicas?

- a) **SIEMPRE**
- b) **CASI SIEMPRE**
- c) **A VECES**
- d) **NUNCA**

34) ¿Le agrada el ámbito académico?

- a) **ME AGRADA MUCHO**
- b) **ME AGRADA**
- c) **ME AGRADA POCO**
- d) **NO ME AGRADA**

35) ¿Qué tan importante es para su grupo de pares el desempeño académico?

- a) **MUY IMPORTANTE**
- b) **IMPORTANTE**
- c) **POCO IMPORTANTE**
- d) **NADA IMPORTANTE**

36) ¿Se reúne con su grupo de pares para estudiar?

- a) **SIEMPRE**
- b) **CASI SIEMPRE**
- c) **A VECES**
- d) **NUNCA**

37) ¿Qué tan probable considera la obtención de un título universitario o terciario?

- a) **MUY PROBABLE**
- b) **PROBABLE**
- c) **POCO PROBABLE**
- d) **NADA PROBABLE**

38) ¿Cuántas horas diarias mira televisión o revisa sus redes sociales?

- a) **2 HS A 4 HS**
- b) **5HS A 7HS**
- c) **8HS A 10HS**
- d) **MÁS DE 10 HS**

39) ¿Cuál es el principal mensaje que percibe por parte de los medios de comunicación sobre el uso de drogas?

- a) **LAS DROGAS SON PERJUDICIALES**
- b) **LAS DROGAS NO SON PERJUDICIALES**
- c) **LAS DROGAS NO SON PERJUDICIALES SI SE LAS CONSUMEN CON MODERACIÓN**
- d) **EXISTEN DROGAS QUE SON PERJUDICIALES Y OTRAS CUYO CONSUMO ES SEGURO**

Eje N°5

NOTA: Cuando hago referencia a “grupo de pares” me refiero a sus amigos, allegados, conocidos, grupo con el que haga algún tipo de actividad diaria, semanal o mensualmente.

40) ¿Su grupo de pares le ofreció o le ofrece drogas?

- a) **SIEMPRE**
- b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

41) ¿Su grupo de pares consume algún tipo de droga?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

42) ¿Se ha sentido presionado por su grupo de pares para consumir drogas?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

43) ¿Qué piensa su grupo de pares sobre las drogas?

a) **CONSIDERAN QUE NO HACEN DAÑO**

b) **CONSIDERAN QUE HACEN DAÑO**

c) **CONSIDERAN QUE NO HACEN DAÑO SI SE ES RESPONSABLE CON SU USO**

44) ¿Qué piensa usted sobre el consumo de drogas?

a) **CONSIDERO QUE NO HACEN DAÑO**

b) **CONSIDERO QUE HACEN DAÑO**

c) **CONSIDERO QUE NO HACEN DAÑO SI SE ES RESPONSABLE CON SU USO**

45) ¿Qué tan importante considera la opinión que tiene su grupo de pares sobre su persona, o sea, sobre usted?

a) **MUY IMPORTANTE**

b) **IMPORTANTE**

c) **POCO IMPORTANTE**

d) **NADA IMPORTANTE**

46) ¿Cuántas horas en promedio comparte con su grupo de pares de manera diaria?

a) **1HR A 2HS**

b) **3 HS A 5 HS**

c) **MÁS DE 5HS**

47) ¿Qué tan importante es para usted su grupo de pares?

a) **MUY IMPORTANTE**

b) **IMPORTANTE**

c) **POCO IMPORTANTE**

d) **NADA IMPORTANTE**

48) ¿Se siente aceptado por su grupo de pares?

a) **ME SIENTO MUY ACEPTADO**

b) **ME SIENTO MEDIANAMENTE ACEPTADO**

c) **ME SIENTO POCO ACEPTADO**

d) **NO ME SIENTO ACEPTADO**

49) ¿Se ha sentido influenciado por su grupo de pares para hacer algo que realmente usted no deseaba?

a) **SIEMPRE**

b) **CASI SIEMPRE**

c) **A VECES**

d) **NUNCA**

50) ¿Se considera una persona sociable?

- a) **SIEMPRE**
- b) **CASI SIEMPRE**
- c) **A VECES**
- d) **NUNCA**

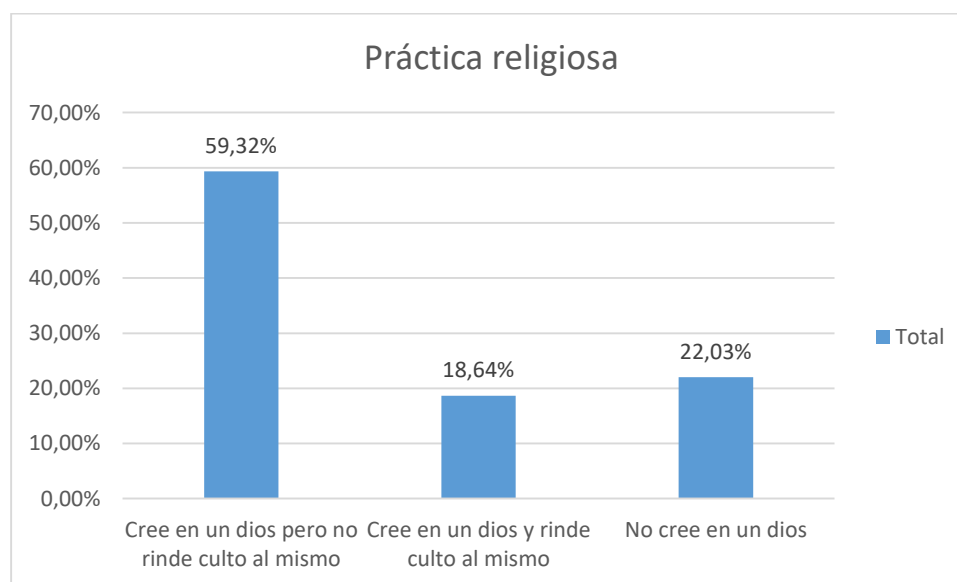
51) ¿Se reúne con su grupo de pares fuera del establecimiento educativo?

- a) **SIEMPRE**
- b) **CASI SIEMPRE**
- c) **A VECES**
- d) **NUNCA**

Tabla 10*Práctica religiosa/porcentaje de la muestra*

Cree en un dios, pero no rinde culto al mismo	59,32%
Cree en un dios y rinde culto al mismo	18,64%
No cree en un dios	22,03%
Total general	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

Gráfico 10**Análisis de tabla 10**

En cuanto al plano de la espiritualidad o práctica religiosa, la mayoría de ellos (35 participantes) manifestó que “Cree en un dios, pero no rinde culto al mismo”. Por otro lado, trece

(13) de ellos expresó que “No cree en un dios”, y por último, once (11) de los participantes eligieron la opción de “Cree en un dios y rinde culto al mismo”.

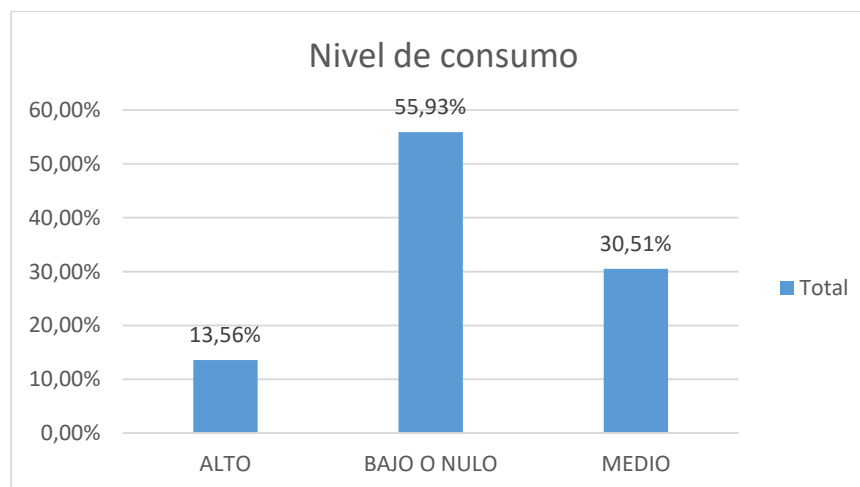
Tabla 11

Nivel de consumo/porcentaje de la muestra

Alto	13,56%
Medio	30,51%
Bajo o nulo	55,93%
Total general	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

Gráfico 11



Análisis de tabla N° 11

Al momento de analizar el nivel de consumo de los participantes, la mayoría de ellos manifestó un consumo bajo o nulo (33 de ellos), seguido por el consumo “Medio” (18 participantes) y ocho (8) representantes de un consumo caracterizado como “Alto.”