



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

UNAN-Managua



Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de Humanidades y Ciencias Jurídicas

Departamento de Psicología



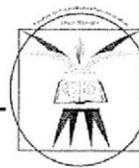
Trabajo Monográfico para optar al título de Licenciada en Psicología

Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL. II semestre 2016

Autor: Br. Yeni del Carmen Meléndez Mejía.

Tutora: MSc. Yara Reyes Aguirre.

Managua 2017

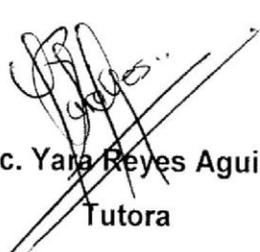


¡Año de la Universidad Emprendedora!

CONSTANCIA

La Suscrita, en calidad de Tutora del trabajo **Monográfico** Titulado: "**Factores Psicosocial asociados al consumo de drogas lícitas e ilícitas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional- CENICSOL II semestre 2016**" presentado por la bachillera: **Yeni del Carmen Meléndez Mejía**, Carné No. 0702-1210 para optar al título de **Licenciada en Psicología**, hace constar la finalización del mismo, para efectos de su presentación y defensa ante el honorable Tribunal Examinador.

Se extiende la presente en la ciudad de Managua, a los **doce** días del mes de **mayo** del año dos mil **diecisiete**.


MSc. Yara Reyes Aguirre
Tutora



DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la fortaleza para emprender y finalizar esta etapa de mi vida y proporcionarme la sabiduría para no desertar en el camino.

A mi madre por ser mi mayor ejemplo en perseverancia.

*A esa persona que me ha ayudado de diversas maneras: José Luis
Espinales*

A mis sobrinos, Daniela y Mateo por ser mi alegría en momentos de estrés.

AGRADECIMIENTOS

Primero quiero agradecerle a Dios por haberme dado fortaleza en esta etapa.

A mi tutora M.Sc. Yara Reyes Aguirre, por el apoyo recibido durante toda la investigación, por compartir sus conocimientos conmigo y sobre todo por transmitirme positivismo.

A mi madre Teresa Mejía porque sin ella no hubiese podido aprender todas esas lecciones de vida que me hicieron siempre perseverar.

Quiero hacer mención especial a José Luis Espinales por brindar todo su optimismo durante este proceso y ayuda incondicional.

A mi hermana por haberme animado a estudiar una carrera universitaria.

A mis amigos y compañeros en especial a todos los que me apoyaron de diversas maneras.

A una prima muy especial Nataly Torres

Al Centro Juventud de la Policía Nacional de Nicaragua por haberme permitido realizar la investigación, al área de psicología en especial a la Lic. Maricela Díaz por su apoyo incondicional.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación consiste en Analizar los factores psicosociales asociados al consumo de drogas lícitas e ilícitas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL. II semestre 2016. Este estudio fue realizado en el Centro Juventud de la Policía Nacional, el cual alberga a jóvenes en riesgo de los diferentes barrios de Managua.

El enfoque empleado en la investigación fue cuantitativo de tipo no experimental, descriptiva de corte transversal. Para el cual se utilizó el instrumento de medición Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory) Versión mexicana.

La población está constituida por 32 jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL, donde se obtuvo una muestra de 23 sujetos, los cuales tenían edades entre 15 a 22 años, mayoritariamente del sexo masculino, estado civil solteros y sin hijos, con niveles académico de primaria completa y procedentes de barrios caracterizados por altos niveles de delincuencia y pobreza.

Dentro de los resultados obtenidos se encuentra que los jóvenes tienen un consumo mayoritariamente de tabaco de forma compulsiva y marihuana con una frecuencia habitual. Y la droga que menos es utilizada por los evaluados fueron los inhalantes.

Otro hallazgo fue que los factores de más alto riesgo se encuentran en las áreas de relaciones familiares lo que nos indica que los jóvenes provienen de familias disfuncionales, la conducta en la cual los sujetos presentan comportamientos agresivo y rechazo a las normas sociales y luego tenemos la presión grupal en donde los amigos son consumidores de sustancias psicoactivas promoviendo su uso. Referente al índice de severidad global se obtuvo que un 90.30% de la muestra tiene una un índice de severidad alto.

ÍNDICE

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V. OBJETIVOS	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos	10
VI. MARCO TEÓRICO	11
6.1 La juventud	11
6.1.1 Definición de juventud	11
6.2 Consumo de sustancias psicoactivas	11
6.2.1 Definición de sustancias psicoactivas	11
6.2.2 Tipos de sustancias psicoactivas	12
6.2.3 Uso y abuso de sustancias psicoactivas	13
6.2.4 Tipos de consumo de sustancias psicoactivas.....	13
6.3 Modelos y teorías que explican el consumo de drogas	14
6.3.1 Modelo biomédico	14
6.3.2 Modelo bio-psico-social.....	15
6.3.3 Modelos basados en el enfoque sistémico y en los modelos de la familia.....	17
6.3.4 Teoría del aprendizaje social.....	18
6.3.5 Teoría de los “clusters” de amigos de Oetting y Beauvais.	20
6.3.6 Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor	21
6.4 Características sociodemográficas que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas	22
6.4.1 Sexo	22
6.4.2 Edad.....	23
6.4.3 Procedencia	24
6.4.4 Nivel académico	25
6.4.4 El estado civil	25
6.4.5 Maternidad y paternidad a temprana edad.....	26

	Pag.
6.5 Factores psicosociales asociados en el consumo de drogas	27
6.5.1 Conducta	27
6.5.2 Estados emocionales y otros síntomas psicopatológicos.....	28
6.5.3 Competencia social	31
6.4.4 Relaciones familiares	32
6.5.5 Desempeño escolar	34
6.5.6 Presión grupal	36
6.4.7 Actividades recreativas	37
6.5 Plan de intervención	39
6.5.1. Definición.....	39
6.5.2 Fases del proceso del plan de intervención psicológico.....	39
VII. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	41
VIII. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	42
IX. DISEÑO METODOLÓGICO	50
X. PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	58
XI. ANÁLISIS DE RESULTADOS	73
Plan de intervención psicológico	85
XII. CONCLUSIONES	124
XIII. RECOMENDACIONES.....	125
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	127
Anexos	131

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar los factores psicosociales que inciden en el consumo de droga de la población de estudio, para ello se aplicó el Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas DUSI (Drug Use Screening Inventory); cuyo objetivo es medir el nivel de severidad de los trastornos identificados en 10 áreas de ajustes psicosocial siendo estas: conducta, estado de salud, estados afectivos y otros síntomas psicopatológico, competencia social, relaciones familiares, desempeño escolar, desempeño laboral, presión grupal, actividades recreativas y el uso de drogas; permitiendo detectar trastornos específicos y evaluar su relación con el consumo de drogas.

No hay pruebas de que un factor único determine el consumo de drogas, más bien, el abuso de estas parece ser el resultado de distintos factores que interactúan con las características del contexto social. Así pues, los factores a nivel individuales como a nivel del contexto social al parecer hacen que una persona tenga más o menos riesgo de abusar de las drogas e influyen en la progresión del consumo de sustancias psicoactivas hasta llegar a la adicción.

No todos los que prueban las drogas o las consumen se vuelven adictos; sin embargo, los que sí llegan a ser drogadictos descubren que la compulsión de consumir drogas no sólo se apodera de sus vidas sino que también ese comportamiento compulsivo trae consigo una amplia gama de disfunciones de la conducta que pueden interferir con una existencia normal en la familia, el trabajo y la comunidad en general. Los programas eficaces de tratamiento de la adicción y del consumo indebido de drogas suelen tener muchos componentes, cada uno de los cuales está dirigido a un determinado aspecto de los trastornos por sustancia y sus consecuencias.

Esta investigación es un estudio no experimental, descriptivo de corte transversal, realizado en el Centro Juventud de la Policía Nacional de Nicaragua DAJUV, dicha institución alberga a jóvenes en situaciones de riesgo (drogas, prostitución, alcohol, pandillas, etc.). Referente a la población comprende a 32 jóvenes participantes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-

CENICSOL, de donde se extrajo la muestra de 23 jóvenes que accedieron de manera voluntaria a participar en el estudio.

Dicho programa es dirigido por el Centro Nicaragüense de Solidaridad (CENICSOL), la cual es una institución de intervención para la rehabilitación y reinserción de personas mayores y menores de edad de ambos sexos, que manifiesten problemas de adicción a cualquier tipo de droga, por medio de un convenio ellos imparten este programa ambulatorio para los jóvenes estudiantes del Centro Juventud de la Policía Nacional que presentan problema de consumo de sustancias psicoactivas.

II. ANTECEDENTES

Durante la fase exploratoria del proceso investigativo se visitaron diferentes centros de documentación tales como la biblioteca “Salomón de la Selva” de la UNAN- Managua, el CEDIHUM de la Facultad de Humanidades y Ciencias Jurídicas de la UNAN- Managua y la biblioteca de la Universidad Centro Americana UCA “José Coronel Urtecho”, de igual manera se consultó información en instituciones gubernamentales como el Instituto Nacional de Información y Desarrollo INEDE y el Instituto Contra el Alcoholismo y Drogadicción ICAD, al igual se consultó en repositorios digitales para explorar estudios a nivel internacional.

A Continuación se detallan los estudios nacionales e internacionales encontrados durante el proceso exploratorio los que están vinculados con el tema de investigación.

Como primer estudio, tenemos que en el 2011, la Dra. Isabel Cristina Córdoba residente III de Psiquiatría, elabora una investigación titulada “Factores psicosociales asociados al consumo de alcohol y drogas ilícitas en pacientes de la unidad de adicciones del Hospital José Dolores Fletes Valle”. Con el objetivo de identificar los factores psicosociales asociados al consumo de alcohol y drogas ilícitas en pacientes que integran la unidad de adicciones del hospital psicosocial.

Dentro de los resultados encontrados en la investigación se encuentra que los pacientes en estudio eran en su totalidad masculinos con edades comprendidas entre los 20 a 29 años, solteros y desempleados, la mayoría de ellos habían iniciado el consumo antes de los 15 años de edad, influenciados por las amistades, prevaleciendo el consumo de alcohol y más de una sustancia ilícita (marihuana, inhalantes y los derivados de cocaína como el crack); la mayor parte tenían antecedentes de familiares usuarios de drogas, destacándose más los padres con problemas de alcoholismo. Las condiciones socioeconómicas de los entrevistados eran bajas y provenían de familias disfuncionales.

En segundo lugar se presenta la investigación realizada en el 2013, por la docente investigadora MSc. Francis Raquel Gallardo Bravo, elabora para la universidad

Nacional Autónoma de Nicaragua/ FAREM Chontales, titulada “Conductas de riesgos en los adolescentes, estudiantes de los colegios de Juigalpa-Chontales, Nicaragua” cuyo objetivo era analizar las diversas conductas de riesgo social y de bienestar personal en 350 adolescentes.

En esta investigación se encontraron los siguientes resultados, el consumo de drogas y el conducir bajo los efectos del alcohol es una de las conductas de riesgo más usual en los adolescentes. La tasa de consumo de alcohol es más frecuente en el sexo femenino con un 54% pero no muy distante se encuentra el sexo Masculino con un 46%, siendo mayor el consumo de esta sustancia en los adolescentes.

Como tercer estudio se encontró que en el año 2006, María de la Villa Moral Giménez, Francisco Javier Rodríguez Díaz y Carlos Sirvent Ruiz realizaron una investigación titulada “Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas” para la Universidad de Oviedo y la Fundación del Instituto de Drogodependencias Spiral. El objetivo de este estudio fue analizar las variables relacionadas con el consumo juvenil de alcohol y otras sustancias psicoactivas, y con las actitudes hacia la experimentación.

Los resultados obtenidos en la investigación demuestra que la actitud juvenil hacia el consumo de sustancias es más favorable cuanto menor sea la percepción de riesgo, mayores las creencias distorsionadas y más permisiva sea la disposición para el consumo de alcohol y otras drogas ilegales. Otros factores determinantes son la relación con el grupo de iguales consumidores de drogas y las conductas antisociales e indicios de búsqueda de atención.

En un cuarto estudio se encontró la investigación realizada en el 2009, en España, por José P. Alfonso, Tania B. Huedo-Medina y José P. Espada, para las revistas de anales de Psicología de las Universidades Miguel Hernández (Elche) y Universidad de Connecticut (USA). Titulada “Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia” cuyo objetivo era estimar la relación entre el patrón de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes y los factores de socialización como predictores de su consumo.

En esta investigación se encontró los siguientes resultados: La diferencia entre los adolescentes que consumen más o menos tabaco viene dada en función de una educación familiar sin normas bien establecidas, esto conlleva a la existencia de consumo de cannabis a edades temprana de inicio.

En cuanto al consumo de alcohol, los jóvenes que beben más habitualmente es debido a que tienen actitudes favorables al consumo del mismo y aceptación por el grupo de iguales y a su vez consumen con frecuencia cannabis. Finalmente, la mayor frecuencia de consumo de cannabis está relacionada con el consumo de tabaco y de alcohol, el fácil acceso de las drogas y un grupo de amigos con actitudes y comportamientos favorables a las mismas inevitablemente influye en el consumo de este, estableciéndose como hábito en los jóvenes de España.

Se encontró una quinta investigación realizada en el 2010 en el municipio de Maracaibo y San Francisco del estado de Zulia Venezuela por Andrés Eduardo Calderón Santamari y Cirohona Luzardo, para optar al título de psicología. “Factores de riesgo asociados al uso de droga en adolescentes” con el objetivo de identificar los factores de riesgos asociados al consumo de drogas en adolescentes de ambos sexos cursantes de educación básica.

Es un estudio descriptivo, donde se aplicó el instrumento inventario multifactorial del uso indebido de drogas (drug use screening inventory) versión venezolana el cual fue respondido por adolescentes de 12 a 17 años, de 5 instituciones educativas públicas y 5 privadas.

Los resultados encontrados reflejaron que las áreas de alto riesgo asociadas al uso de drogas son las del sistema familiar, salud mental, problemas de salud y recreación, las de riesgos moderados son habilidades sociales, presión grupal, desempeño social desempeño escolar y de riesgo bajo el uso de drogas. Referente al índice de severidad global se obtuvo que un 48.8% de los adolescentes que constituyen la muestra presenta un índice de severidad medio, sin embargo, el uso de drogas muestra menos presencia como factor relacionado a las demás áreas. Lo que pudiera indicar como los

factores de protección interactúan con los factores de riesgo para identificar esos efectos.

Como parte de los antecedentes del estudio se encontró una encuesta realizada por la Comisión Nacional de Drogas de Nicaragua y la Sección Estadística del Observatorio Interamericano sobre Drogas de la CICAD/OEA, septiembre, 2003. Con el objetivo fue estimar la prevalencia del consumo de drogas entre los estudiantes de enseñanza media de Nicaragua.

La muestra estaba representada por la población de estudiantes que cursaban el 2do, 4to y 5to año en las escuelas de enseñanza media, públicas y privadas, ubicadas en todo el territorio nacional con un total de 5,412 estudiantes, de estos el 56.1% (3,037) eran mujeres y el 42.9% (2,322) eran varones.

Los resultados encontrados indican que dentro de las drogas ilícitas la marihuana representa la droga más consumida en los estudiantes de Nicaragua, esta es seguida en frecuencia por el clorhidrato de cocaína, los solventes e inhalables y el crack. De forma general se puede asegurar que tanto en las drogas lícitas e ilícitas, como en las drogas de uso indebido la prevalencia en consumo va en aumento de acuerdo a la edad, siendo mínimas entre las edades de 12 a 14 años, y máximas desde los 17 años a más. Se cumple que “a mayor edad, mayor consumo”.

El comportamiento de la prevalencia de consumo según el año académico, Sigue el mismo patrón que la edad en la mayoría de las drogas. Se observa un gran aumento desde el 2do año al 4to año de secundaria, y luego un pequeño aumento en el 5 año. Cuando los estudiantes aumentan de año académico consumen más drogas.

Fue muy evidente la relación que se observó entre el consumo de drogas y la alta frecuencia de problemas de comportamiento, problemas académicos y repetición de cursos en los estudiantes. Todas las drogas mostraron edades de consumo de inicio que van entre los 13.7 y los 14.7 años, con una edad promedio de 14.4 años. Los estudiantes inician el consumo de drogas ilícitas a una edad promedio de 14.9 años de edad y de drogas lícitas a los 13.9 años de edad.

III. JUSTIFICACIÓN

Nicaragua tiene una población mayoritariamente joven. Según Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional, Departamental y Municipal del INEDE 2015 refiere, que para el año 2007 tres de cada diez personas eran jóvenes en edades comprendidas de 15 a 29 años, al finalizar el año 2014 se estimó que esta población andaba en 1,803,213. Las etapas del desarrollo más afectadas por el consumo de droga son la adolescencia y la juventud, ya que la mayoría de los consumidores se inician en las edades correspondientes a estos ciclos de vida

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), el 30% de la población mundial eran jóvenes El consumo de drogas se debe visualizar como una problemática psicosocial que representa elevados costos humanos, económicos y sociales. Esto es debido a que la mayoría de los seres humano comienzan a consumir drogas a temprana edad afectando los años posteriores en donde las personas se preparan profesionalmente, psicológicamente y socialmente para la vida adulta.

Según la Unidad Especializada en Justicia Penal de Adolescentes de la Fiscalía de Nicaragua, estos han cometido más homicidios y robos el año en 2015 que en años anteriores. En la mayoría de los delitos se involucró el uso de sustancia psicoactivas durante su realización de estos.

Si bien a estos jóvenes les brinda el Centro Juventud de la Policía Nacional un programa para la drogodependencia y se les ofrece asistencia psicológica, esta está enfocada en la prevención y la consejería. A través de prevención del consumo temprano de drogas podemos evitar que los jóvenes experimenten con drogas ya que un programa preventivo es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema mientras que el plan de intervención psicológico nos permite trabajar los factores psicosociales que estén ocasionando su vulnerabilidad en el consumo de drogas dotándolo de técnicas para el fortalecimiento de estas áreas.

Es urgente investigar y realizar estudios sobre el consumo de drogas y los factores de vulnerabilidad, ya que las investigaciones muestran que las estrategias selectivas de

prevención dirigidas a familias y barrios o instituciones que alberguen a estos jóvenes pueden ser efectivas. De allí surge la iniciativa de realizar un plan de intervención psicológico en el que se pueden trabajar diferentes áreas para facilitar el proceso de reinserción de los jóvenes.

Identificar las características de los jóvenes consumidores de droga nos permite la elaboración de un plan psicológico adecuado para el mejoramiento de la problemática existente ya que resulta esencial el tratamiento psicológico en el abordaje de los trastornos derivados del uso de sustancias para modificar los comportamientos adictivos.

La drogadicción es un problema dinámico y multicausal que incide negativamente en la salud pública de nuestro país, catalogándose actualmente como una enfermedad de atención pública. Los psicólogos tenemos un importante papel que cumplir tanto para explicar esta compleja conducta como para la puesta en práctica de programas adecuados y eficaces de prevención y tratamiento.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todos en nuestro país hemos visto deambular por la calle a un consumidor de drogas o tenemos un familiar o vecino con este problema. El abuso de estas sustancias es un problema mundial vinculado a causas sociales y psicológicas entre las que tenemos a la pobreza, la niñez sin acceso a la educación, violencia intrafamiliar y desobediencia a las normas sociales son entre otros, importantes factores de riesgo para el consumo de drogas.

Nuestro país ha pasado de ser una zona de paso de las drogas para convertirse en un país que se une a las naciones con graves problemas de consumo de psicotrópicos con las consecuencias del aumento de la violencia y criminalidad.

Miles de jóvenes están destruyendo sus valiosas vidas por el desarrollo de una adicción, el consumo de drogas genera diversas consecuencias negativa, para el joven físicas y psicológicas, para la familia del drogodependiente, sobre los amigos, los vecinos y en la Sociedad tanto en la estructura como en la organización de la misma (aumento de las demandas en los servicios de salud, incremento de la inseguridad ciudadana por delitos contra la propiedad y presencia del crimen organizado a través de las redes de narcotraficantes).

Con el estudio se pretende analizar los factores de riesgos psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas ya que la problemática debe ser analizada desde una perspectiva integrativa debido a que son diversas las causas que llevan al individuo a consumir drogas. Para ello se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancia psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar los factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancia psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL. II semestre 2016.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los jóvenes perteneciente al Programa Ambulatorio de Drogodependencia del Centro Juventud de la Policía Nacional que participan en la investigación.
- Identificar tipos de sustancias psicoactivas consumidas y los tipos de consumo en la población de estudio.
- Determinar los factores de riesgo psicosociales asociados (conducta, estados afectivos y otros síntomas psicopatológicos, competencia social, relaciones familiares, desempeño escolar, presión grupal, actividades recreativas y el uso de drogas) al consumo de sustancias psicoactivas en la población en estudio.
- Diseñar un plan de intervención que permita a la institución trabajar con los jóvenes los factores de riesgos psicosociales con efectividad para la superación de la problemática.

VI. MARCO TEÓRICO

Para poder comprender mejor la investigación abordaremos varias temáticas.

6.1 La juventud

6.1.1 Definición de juventud

Es difícil establecer diferencia entre la adolescencia y la juventud Blos (1954). El establece cuatro periodos en el desarrollo de la adolescencia las cuales son:

- 1) Prepubertad,
- 2) Adolescencia tempera.
- 3) Adolescencia propiamente.
- 4) Adolescencia tardía. Es a esta etapa a la que habitualmente se le llama juventud.

Los jóvenes son según la definición de las Naciones Unidas (2008), las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad.

La juventud es la etapa de la elección de la carrera y la consolidación de la identidad sexual; del desarrollo de las capacidades profesionales y laborales, de la independencia económica y afectiva, del fortalecimiento de los factores sociales, del rendimiento deportivo y establecimiento de la autovaloración sobre base más firmes.

En relación a la problemática empezaremos por el abordaje de las definiciones que nos ayudaran a comprender el consumo de drogas.

6.2 Consumo de sustancias psicoactivas

6.2.1 Definición de sustancias psicoactivas

La Organización Mundial de la Salud OMS (2004), define las drogas o sustancias psicoactivas como cualquier sustancia, natural o sintética, que al consumirse puede alterar la actividad mental y física de las personas, debido a sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central.

Para algunos autores, como Fernández-Espejo (2002), la droga es definida como toda sustancia natural o sintética que genera adicción, es decir, la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir para experimentar la recompensa que produce. (Placer, euforia, alivio de la tensión).

6.2.2 Tipos de sustancias psicoactivas

La Organización Mundial de la Salud OMS (2004), ha clasificado las drogas o sustancias psicoactivas agrupándolas según sus efectos, es decir, según induzcan pautas de comportamiento similares en los consumidores. De acuerdo con este criterio las drogas pueden ser: Depresoras, Estimulantes y Alucinógenas.

Clasificación de las drogas por sus efectos en el organismo:

- **Estimulantes:** aceleran o estimulan el funcionamiento del sistema nervioso central, mediante la liberación por parte de las de células nerviosas de neurotransmisores estimulantes. (Cocaína, pasta crack o base Libre, Anfetaminas, Café, Té, Chocolate. Tabaco). Las cuales producen efectos como: mejoría del estado de ánimo con mayor sensación de felicidad, disminución del apetito, mantiene al individuo despierto, activan el metabolismo con un aumento de las pulsaciones del corazón.
- **Depresoras:** Aquellas que desaceleran el funcionamiento y la velocidad de la actividad mental y de ciertas funciones físicas, enlentecen o deprimen el funcionamiento del sistema nervioso central. (Alcohol, sedantes, barbitúricos, inhales, narcóticos). Los cuales producen efectos como: Relaja el Sistema Nervioso Central, produciendo relajación En dosis pequeñas produce euforia En dosis elevadas produce aturdimiento, apatía; disminución de la tensión, desaparición de la angustia, entre otras.
- **Perturbadoras o Alucinógenas:** Distorsionan tu percepción de la realidad, que alteran significativamente la química cerebral, generando alteraciones visuales, táctiles y auditivas. (polvo de ángel, peyote, lsd, marihuana). Entre sus efectos se encuentran: modifican la noción de tiempo y espacio. produce la exageración de las percepciones sensoriales, en especial de los sentidos de la vista y del oído.

6.2.3 Uso y abuso de sustancias psicoactivas

El uso y abuso de drogas o sustancias psicoactivas es explicado a partir del esquema conductual de Gleen (1973) quien explica de una mejor manera los diferentes tipos de conductas asociadas al uso y abuso de las drogas.

- El uso: es cuando las sustancias son utilizadas como un caso aislado, episódico y ocasional sin generar dependencia o problemas de salud. Ello sin descartar el posible daño que pudiera ocasionar una sobredosis.
- El abuso: es cuando el uso de sustancias psicoactivas se vuelve compulsivo, se depende de la droga y del contexto y estilo de vida en torno a ella. Es probable que ese “estilo de vida” no se refiera únicamente al consumo, sino al círculo social de la persona, el reconocimiento y la aceptación dentro de un grupo. Ello puede también desarrollar un consumo solitario y asilado.

6.2.4 Tipos de consumo de sustancias psicoactivas

En el informe del Programa sobre prevención en manos de los y las jóvenes, realizado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2010) distingue los siguientes tipos de consumo:

- **Experimental:** Todo consumo de sustancias psicoactivas comienza en este punto. Es cuando una persona prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volverlo a hacer.
- **Recreativo:** El consumo empieza a presentarse de manera más regular y enmarcada en contextos de ocio con más personas, generalmente amistades, con quienes hay confianza. El objetivo de este tipo de consumo es la búsqueda de experiencias agradables, placenteras y de disfrute. El consumo no es la única actividad en el tiempo libre, no es un “escape” o una “solución”. Rara vez se pierde el control, no se consume en solitario, ni se tiende a experimentar con sustancias o vías de administración de alto riesgo.
- **Habitual:** Para llegar aquí se tuvo que haber pasado por alguna fase previa. Se tiene una droga de preferencia (quizás después de probar con muchas otras) y

un gusto por la sensación que produce. La frecuencia y la cantidad aumentan. La droga juega un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que la consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente. Dependiendo de la droga, la persona puede desarrollar una dependencia física o psicológica.

- **Compulsivo:** La persona necesita la sustancia y organiza su vida entorno al consumo a pesar de las complicaciones que le puede ocasionar. Entre estas complicaciones podemos hablar de incumplimiento de obligaciones en el trabajo, descuido de los/las hijos/as, consumir drogas cuando se conduce el automovil, accionando una máquina, problemas legales a causa del consumo, problemas con la familia y problemas en la escuela.

A continuación se explicaran los modelos y teorías relacionadas al consumo de drogas.

6.3 Modelos y teorías que explican el consumo de drogas

Para una mayor comprensión del problema de investigación se plantean las diferentes teorías y modelos que explican de manera exhaustiva las causas del consumo de droga, destacándose las siguientes:

6.3.1 Modelo biomédico

El modelo biomédico busca evidencia de que los trastornos mentales y, por ende, las adicciones, son enfermedades del cerebro en su estructura o en el desajuste de los neurotransmisores. Algo que aún está alejado de ser probado como etiología de la adicción, ya que también puede ser considerado un efecto de la misma.

Para el National Institute on Drug Abuse NIDA (2010), la adicción se define como “una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas”. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas”.

En este modelo se enmarcan diferentes teorías siendo la más potente, por referida y divulgada, la Hipótesis de la Automedicación quien propone que las dependencias de sustancias psicotrópicas pueden ser explicadas como una predisposición, una vulnerabilidad o un trastorno psico-orgánico, que sufren los pacientes que las padecen, aceptando que esta hipótesis no pretenden explicar la totalidad del fenómeno adictivo, ni pueden ser aplicadas sistemáticamente a todos los individuos afectados.

Esta visión propone que los trastornos por dependencia de drogas son el resultado de la existencia de una alteración biológica, de origen genético o adquirido, que forzaría al adicto a consumir estas sustancias como un proceso de autotratamiento de la enfermedad que padece. (Hall et cols, 2015). Al intentar paliar con drogas los trastornos provocados por su enfermedad desarrollarían conductas de dependencia”. Entre las consecuencias que se derivan de esta visión se encuentran la cronicidad y, en muchos casos, el agravamiento de la considerada enfermedad.

Este modelo busca la causa de las adicciones en los desajustes de los neurotransmisores y en la estructura del cerebro con respecto a la hipótesis de automedicación esta propone que las personas consumen drogas como una forma de aliviar algún síntoma de trastorno mental como la depresión, la ansiedad o síntomas más graves.

6.3.2 Modelo bio-psico-social

El psiquiatra norteamericano George L. Engel, (1977), postuló un modelo médico holístico que llamó biopsicosocial como antagonista al modelo biomédico dominante en las sociedades industrializadas de mediados del siglo XX.

Engel indicaba, entre otras afirmaciones críticas, que la biomedicina era dualista, con un enfoque que separaba mente y cuerpo de la biografía y las emociones de la persona, sin establecer puentes entre ambas esferas. Por otro lado, señalaba que la biomedicina defendía un modelo causal clásico de “causa-efecto”, afirmando por el contrario que la realidad es mucho más compleja y en ella interactúan, unos con otros, una serie de sistemas.

El modelo o enfoque biopsicosocial es un modelo general, que plantea que los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad y de la percepción de la misma: en este caso de las adicciones. Implica que hay determinantes generales que influyen en la salud y en el desarrollo humano, incluidos sus determinantes sociales.

La salud y la enfermedad se transmiten en red. Los elementos de la red de relaciones entre los determinantes de la salud están interactuando de forma continua y simultánea. Cualquier factor relativo a la salud se transmite por la red compleja de elementos interconectados.

Desde esta perspectiva, los seres humanos son contemplados como sistemas complejos. Llevado al ámbito de las adicciones, éstas vienen causadas por múltiples factores y no por un factor único. Desde este punto de vista, hablaríamos de una causalidad multifactorial del consumo de drogas, combinando la causalidad circular que considera que los factores se influyen mutuamente para dar lugar a una situación concreta y ayuda a realizar una buena descripción de un fenómeno complejo como la adicción.

En los niveles de consumo, abuso o dependencia, y la causalidad estructural, que diferencia las causas de los fenómenos de manera jerarquizada entre necesarias, desencadenantes, coadyuvante y asociada, permitiendo decisiones y propuestas pragmáticas. Ambas deben combinarse en el abordaje del análisis y de la intervención de los problemas relacionados con las drogas.

El componente biológico del modelo biopsicosocial busca entender cómo la causa de la adicción se deriva del funcionamiento del organismo. El componente psicológico encuentra causas psicológicas, como la conducta, confusión emocional, y los pensamientos negativos, entre otras. El aspecto social investiga cómo los diferentes factores sociales, como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología y la religión, pueden influir en las conductas adictivas.

6.3.3 Modelos basados en el enfoque sistémico y en los modelos de la familia

Los modelos de la familia ven el consumo de sustancias u otro tipo de problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1998).

La conducta de consumo de sustancias se puede entender que cumple una importante función en la familia, permitiendo a ésta enfrentarse con estresores internos o externos o mantener otros procesos que se han establecido en la organización del sistema. El concepto central en los modelos de terapia familiar es el de la familia como “sistema” (Baker, et al., 1998). A continuación detallado.

6.3.4.1 Teoría general de sistemas

El término sistema, considerado en este contexto, se refiere a que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de los otros miembros de la familia. (Von Bertalanffy, 1948)

El entender a la familia como un sistema supone considerar que el todo es más que la suma de sus partes. Esto es, las conductas de un individuo no se pueden entender separadas del resto de su familia. La familia es el sistema social básico, bajo el que se agrupan los miembros de la familia y los procesos (ej., reglas de comportamiento, roles) que caracterizan las relaciones entre los miembros, y todos son recíprocamente interdependientes. Cada familia es una unidad psicosocial, caracterizada por un tipo de funcionamiento.

Los cuatro aspectos básicos del funcionamiento familiar son: la estructura, la regulación, la información y la capacidad de adaptación. La estructura incluye características tales como el grado de claridad o difusión de los límites entre los miembros de la familia, el grado en que existe una jerarquía. La regulación se refiere al modo en el cual la familia mantiene sus interacciones. La información se refiere al modo en que los miembros de la familia se comunican unos con otros. La habilidad de

adaptación es la capacidad de la familia para cambiar antes los desafíos que se vayan produciendo a su estabilidad.

Stanton y Todd (1982) resumieron las características de un sistema de familia disfuncional en los consumidores de drogas, que los distinguen de otras disfunciones familiares: 1) frecuencia elevada de dependencia química de transmisión multigeneracional; 2) expresión primitiva y directa de los conflictos con alianzas explícitas; 3) una ilusión de independencia en el paciente identificado como consecuencia de una implicación activa con un grupo de iguales orientados al consumo de droga; 4) un vínculo que se establece entre la madre y el niño, que se prolonga posteriormente en sus relaciones durante la vida; 5) una incidencia elevada de muertes prematuras, inesperadas o inoportunas; y, 6) la adicción es una pseudoindividualización que mantiene a la familia unida mediante una demanda ilusoria de desafío e independencia.

Cuando el consumidor de sustancias es un adolescente o un adulto joven, los sistemas de familia que conducen al abuso de sustancias son bastante similares, independientemente de si la sustancia de abuso es el alcohol u otra droga (Kaufman, 1994). La sustancia de elección no parece que influya demasiado en los patrones familiares, sino más bien la edad y el papel que desempeña en la familia el consumidor de sustancias.

Este modelo integra la teoría general del sistema, estos autores indican que para entender la conducta de consumo de sustancias psicoactivas se debe de analizar la estructura y el funcionamiento de la familia ya que no se puede entender el comportamiento del sujeto separado de su sistema familiar.

6.3.4 Teoría del aprendizaje social

La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Bandura (1977, 1986), quien en su teoría incluye el aprendizaje social, vicario o de modelos, junto a la técnica del modelado, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas.

El propio Bandura ha redeterminado la teoría del aprendizaje social bajo el nombre de teoría cognitiva social Bandura, (1997), donde en este último caso un elemento central es el concepto de autoeficacia, como elemento cognitivo central para poder explicar la conducta, aunque sin dejar de considerar las otras variables.

A continuación exponemos los principios que subyacen a la teoría del aprendizaje social y a la teoría cognitiva social.

1) El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico

2) El segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental.

3) El tercer proceso que Bandura introduce es el del aprendizaje vicario, sobre el que ha hecho estudios de gran relevancia, especialmente en el aprendizaje de la conducta violenta y agresiva. El aprendizaje vicario, observacional o mediante modelos es un tipo de aprendizaje que se define como el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo -el modelo- actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo. Para que pueda producirse el detenimiento y el abandono del consumo de alcohol.

Esta teoría es una de las más importantes y utilizadas dentro del campo de las drogodependencias. Acentúa la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y autorregulatorios en el funcionamiento psicológico, además de incluir la importancia del ambiente social entre los factores determinantes de la conducta.

Bandura considera que la conducta de consumo de sustancias psicoactivas es el fruto de tres factores interrelacionados: el aprendizaje, los procesos cognitivos y el ambiente en sentido social que actúan como modelos de conducta.

6.3.5 Teoría de los “clusters” de amigos de Oetting y Beauvais.

La teoría de socialización primaria, conocida como la teoría de los “clusters” de amigos, fue propuesta y desarrollada por Oetting y Beauvais (1986). Esta tiene como objetivo resolver las limitaciones que teorías anteriores tenían, debido a que analizaban un solo aspecto del problema, ya sean desde el punto de vista biológico, psicológico, social o cultural, sin indicar los elementos de unión entre los componentes.

Esta teoría se centra en las conductas problemas, donde el consumo de drogas es una de ellas. Según esta teoría, la única variable con influencia directa sobre la conducta de consumo es la implicación con amigos consumidores.

Otras variables como la estructura social, a pobreza, la exclusión social, la desestructuración familiar, las características psicológicas del sujeto y la inadecuada relación de éste con las instituciones convencionales, son influencias más indirectas que crean el “sustrato” para que el adolescente se inicie y mantenga el consumo de drogas. Señalan que son especialmente importantes determinados subgrupos, altamente homogéneos, que se forman dentro de los grupos de amigos y que llama “clusters” de amigos.

Estos clusters suelen estar formados por muy pocos individuos, que comparten actitudes, valores, creencias y visiones del mundo. Cada miembro de un cluster será un agente activo que participa de un modo dinámico en la creación de normas y conductas del grupo. (Peñafiel, 2009).

La teoría de la socialización primaria tiene como premisa esencial, que aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son aprendidos.

Las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. En este sentido, tanto las normas prosociales como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de la

socialización primaria, de tal forma que la desviación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales.

Para Oetting y otros (1998), hay unas fuentes de socialización primaria que influyen sobre el individuo que son: la familia, la escuela y el grupo de iguales; influencias indirectas en la socialización primaria; y los rasgos de personalidad.

En esta teoría explica que la única variable directa que puede hacer que el joven consuma sustancias psicoactivas es que sus amigos lo hagan.

6.3.6 Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor

La teoría de conducta problema desarrollada por Jessor y Jessor (1977), ha sido un punto de referencia desde su formulación. Posteriormente se han hecho algunas reformulaciones, a partir de las cuales han elaborado una nueva teoría, la denominada teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes.

El modelo de Jessor explica el desarrollo de diferentes conductas consideradas problemáticas durante la adolescencia, como son el consumo de drogas, la delincuencia o las actividades sexuales prematuras y/o arriesgadas, responden y pueden ser explicadas por los mismos factores de riesgo.

Da un gran peso para la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes a la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, los cuales son un elemento fundamental en mantener una parte de la población adolescente en lo que se ha denominado «en riesgo» (Jessor, 1991).

Desde esta teoría, la conducta problema es aquella conducta definida como indeseable, preocupante o problemática según las normas convenidas socialmente y que conlleva una respuesta de control social (reprobación, rechazo social o encarcelamiento) por parte de las instituciones de autoridad. Así, el adolescente se implica en comportamientos de riesgo con el fin de lograr ciertas metas importantes para su desarrollo, relacionadas con ganar respeto, aceptación en el grupo de amigos,

establecer la autonomía respecto a los padres, para enfrentarse a la ansiedad y/o frustración, fracaso.

El consumo de drogas, entre otras conductas, supone el rechazo a las normas sociales y podría explicarse mediante el análisis de los distintos entornos de influencia psicosocial, entre los que se incluyen tres sistemas: la personalidad, el ambiente y la conducta como elementos interrelacionados y organizados entre sí. A su vez, estos tres elementos están afectados por una serie de variables antecedentes de gran relevancia. Las características demográficas y el proceso de socialización y sus agentes son las dos instancias de importancia.

Uno de los principios que subyace a la teoría de Jessor es no cargar toda la responsabilidad en el individuo, ya que también es de gran importancia la responsabilidad del contexto social en causar y mantener muchas conductas de riesgo, con lo que se exige también un cambio en el mismo, como son algunos de los factores que para él están en la base de muchas de estas conductas problemas, como son la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación (Becoña, 2002).

Esta teoría es la más relacionada a la población de estudio debido a que explica la situación de riesgo en la que se encuentran estos jóvenes como los son la pobreza, la desigualdad y la discriminación unificándolos con los factores de riesgo psicosocial la personalidad, el ambiente y conducta.

Una vez explicado los modelos y teorías sobre las causas del consumo de droga analizaremos los principales características sociodemográficos que tienen incidencia en la problemática.

6.4 Características sociodemográficas que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas.

6.4.1 Sexo

Ha sido una de las variables explicativas más contundentes que se han utilizado tradicionalmente al hablar del consumo de drogas. Las diferencias en las prevalencias

de uso de las distintas drogas entre hombres y mujeres han servido para configurar esta variable como protectora, en el caso de las chicas, o de riesgo, en el caso de los chicos.

La literatura ha mostrado de forma recurrente que los hombres han mantenido consumos superiores a las mujeres en todo el elenco de sustancias disponibles, legales e ilegales (Friedman y Barnsfield, 1995; García del Castillo, Lloret y Espada, 2004). Sin embargo, en los últimos años se ha venido observando, en la mayoría de las investigaciones, una tendencia hacia la homogeneización de los patrones de consumo entre ambos sexos, (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007). se han igualado en gran parte los indicadores del consumo de alcohol, y se han acercado notablemente a las prevalencias de consumo experimental de otras sustancias, sobre todo del cannabis (Delgado et al., 2005).

6.4.2 Edad

Los adolescentes son uno de los grupos más vulnerables ante el consumo de estupefacientes. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga (Unodc) y el Delito destaca la importancia de conocer y entender por qué este sector es más propenso al consumo, así como los graves riesgos que conlleva, para ayudar en la elaboración de estrategias y en la toma de decisiones que permitan prevenir y actuar ante situaciones de consumo de drogas en la adolescencia.

El informe de la Unodc pone de manifiesto una serie de factores específicos de la adolescencia que aumenta la probabilidad de que los jóvenes consuman drogas y que tienen que ver con el hecho de que se encuentran en una etapa de desarrollo físico (pubertad), emocional, psicológico y sociológico:

- **Sentimiento de invulnerabilidad:** Los cambios físicos y hormonales experimentados por los adolescentes (crecimiento, desarrollo de la masa muscular, etcétera) crean en ellos una cierta sensación invulnerabilidad y fortaleza, lo que los lleva a desarrollar conductas y hábitos como el consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo.

- **Curiosidad:** La adolescencia representa una etapa de cambios y aprendizaje que puede despertar la curiosidad de los jóvenes y el deseo de experimentar qué se siente usando drogas.
- **Imitación:** hay muchos adolescentes y jóvenes tienen el ejemplo en casa, en sus padres, cuando beben alcohol o fuman tabaco o marihuana en su presencia.
- **Afán de independencia:** Esto está provocado por la necesidad que pueden tener algunos adolescentes de alejarse del entorno familiar para fortalecer las relaciones con otros entornos donde haya más presencia de gente que tenga su edad y con la que poder identificarse.

6.4.3 Procedencia

En comunidades en donde hay un claro deterioro físico (calles mal asfaltadas, aceras rotas, pintadas, suciedad, malos servicios públicos o inexistencia de los mismos), carencia de sentido de comunidad por parte de las personas que viven en el mismo barrio, robos y delincuencia, carencia de plazas o parques públicos o si estos existen presentan deterioro y un alto nivel de movilidad y transición de las personas que viven en él.

En un ambiente con un importante nivel de desorganización, aumenta la probabilidad de que las personas se vean implicadas en conductas problema, desarrollen conductas antisociales, cometan más actos delictivos y comiencen tempranamente a consumir drogas (Becoña, 2002).

Según Hawkins (2002), explica que la pobreza está asociada a un aumento de la violencia y mayor desorganización comunitaria lo que contribuye a un aumento de la probabilidad de consumir drogas. No obstante, aun identificando la pobreza como un factor de riesgo para el consumo de sustancias, Jessor (1991) ha insistido mucho en el aspecto de la pobreza como un elemento importante para la prevención, porque reduciendo o eliminando la misma se podría reducir el consumo de drogas.

6.4.4 Nivel académico

El fracaso escolar de forma específica, incluyendo en éste la insatisfacción escolar y el absentismo injustificado, ha sido identificado como un predictor claro del abuso de drogas en la adolescencia y otras edades (Moral et al., 2006). Sin embargo, otros autores (Evans y Skager, 1992) han encontrado consumidores de drogas en todos los niveles de ejecución escolar, lo cual pone en duda el valor predictivo de esta variable.

A pesar de que algunos estudios han encontrado que tener un buen autoconcepto escolar aparece como un factor de protección en el consumo de sustancias (Carrasco, Barriga y León, 2004), otros estudios subrayan la necesidad de ser prudentes al relacionar fracaso escolar y consumo de drogas por sus resultados poco concluyentes (Calafat et al., 2000).

Para Smart et al. (1981) y Soriano (1990) ellos dicen que el consumo de drogas es menor entre aquellos jóvenes que asisten a la escuela. Soriano añade que los jóvenes estudiantes no solo están más protegidos contra el uso de drogas si no también que este se relaciona, ya sea como la causa o efecto de la deserción escolar. Otros autores incluyen entre las características de los adolescentes consumidores de drogas la prevalencia de mayores dificultades para adaptarse al medio escolar más un bajo rendimiento académico.

6.4.4 El estado civil

El matrimonio a temprana edad tiene muchas consecuencias cambia la trayectoria educativa esta cesa, deteniendo la adquisición de conocimientos y habilidades para su vida, reduciendo ingresos económicos, dejando incluso de ser un miembro más productivo para su familia y comunidad. Esto se convierte en barrera para la adquisición de un empleo formal remunerado. Esto produce estrés y frustración en los jóvenes probando conductas desviadas como el consumo de drogas.

6.4.5 Maternidad y paternidad a temprana edad

Convertirse en madre o padre durante la adolescencia en América Latina es contraproducente por numerosas razones bien documentadas (Rodríguez, 2009; Grant y Furstenberg, 2007):

1. El embarazo, parto y puerperio antes de los 20 años (en particular antes de los 18 años) implican mayores riesgos de salud para madres y bebés.
2. La maternidad y paternidad tempranas es una desventaja genérica en sociedades modernas (urbanas, si se quiere), debido a que debilita la inserción y el logro escolar y se asocia a la incorporación precaria en el mercado de trabajo.
3. Las madres adolescentes tienen más probabilidades de sufrir sesgos y discriminación de género, experimentar estigma cultural o permanecer atadas a roles femeninos tradicionales.
4. Los adolescentes son, en principio, menos maduros(as) y cuentan con menor cantidad de recursos y capacidades para enfrentar los desafíos que implica la crianza.
5. Los adolescentes que han tenido hijos tienen más dificultades para consolidar una familia.
6. La probabilidad de tener hijos durante la adolescencia es mucho mayor entre los grupos pobres (la combinación de estas desventajas genéricas y el sesgo de género antes explicados hace que la fecundidad adolescente sea uno de los componentes del ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza).
7. Los adolescentes tienden a ser más vulnerables a la violencia, al consumo de drogas y a la coerción o la influencia de otros (en particular, pares o íconos).
8. La tolerancia y aceptación familiar y comunitaria hacia la actividad sexual premarital es un asunto sensible; de hecho, en muchos países del mundo en desarrollo, las madres

adolescentes solteras enfrentan desaprobación y estigmas, sin considerar casos de castigos formales o informales.

6.5 Factores psicosociales asociados en el consumo de drogas

Los factores psicosociales son considerados eventos y/o condiciones de carácter psicológico y social que tienen una relación directa o indirecta con otros fenómenos o comportamientos y que pueden ser de orden causal, precipitante, predisponente o simplemente concurrente de los mismos, de acuerdo con su presencia o ausencia en circunstancias concretas. Esto los convierte en factores de tipo protector o de riesgo para la incidencia y prevalencia de las problemáticas en este estudio del consumo de drogas.

6.5.1 Conducta

Rodríguez (1985) señala que las conductas humanas es algo que está en continuo cambio y sujeto a múltiples influjos. El uso de drogas sería, por lo tanto, el resultado de toda una constelación de elementos, algunos de los cuales son incluso imprevisibles, y que gravitan sobre un sujeto o grupo de individuos en un momento de su historia personal o social. El trastorno de conducta es una alteración del comportamiento, que se caracteriza por un comportamiento antisocial que viola las normas y reglas adecuadas para la edad.

El uso de drogas no siempre resulta en adicción, sin embargo, éstas tienen un efecto tal en la mente del individuo que la consume que normalmente siente la necesidad de utilizarlas nuevamente, hasta que se convierte en un vicio que puede originar conductas violentas y delictivas.

Los estudios relacionados con la conducta y el consumo de droga, están vinculados a la conducta antisocial. La relación entre las drogas y la delincuencia es tan estrecha para el sentido común, que fácilmente se considera como causa de la comisión de un delito violento el estar bajo la influencia de alguna sustancia que altere el organismo

En diferentes trabajos (Contreras, Molina y Cano, 2012) aparece una relación entre delincuencia juvenil y consumo, así como el consumo de diferentes sustancias. Sin embargo, existen varios trabajos en los que se señala que la relación entre menores infractores y consumo no es decisiva (Otero, 1994; San Juan, Ocariz y Germán, 2009). Es decir, el consumo no deriva en delincuencia ni al contrario.

Para algunos autores, el uso de sustancias forma parte de un conjunto de problemas comportamentales y obedece a leyes similares. Estudios recientes con adolescentes españoles han encontrado que una mayor presencia de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad es un potente predictor del consumo de drogas. Otras investigaciones muestran que tener relaciones con amigos conflictivos y mostrar conductas violentas, está relacionado con la actitud favorable de consumo de sustancias (Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006).

Los factores de riesgo relacionados a la conducta incluyen violencia, oposición a la sociedad y a las normas sociales, desobediencia a las figuras de autoridad y agresividad e incluso delincuencia estas deben de ser constante en periodo de tiempo las acaban teniendo consecuencias adversas tanto para el adolescente como para su familia y su entorno.

6.5.2 Estados emocionales y otros síntomas psicopatológicos

Diferentes estudios epidemiológicos y clínicos han demostrado una elevada comorbilidad entre los trastornos relacionados con el abuso de drogas y otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de personalidad y los trastornos psicóticos. (Perulang., 1998; Veganb, 1989).

Los pacientes que demandan tratamiento en los centros específicos de drogodependencias se presentan desestructurados cognitivamente, muestran respuestas elevadas de ansiedad y diversos problemas de interacción social y familiar. En muchos casos esta situación se prolonga una vez iniciado el tratamiento y conseguida la abstinencia a drogas. Estos pacientes presentan diversos indicadores de psicopatología que ensombrecen el propósito de abstinencia a largo plazo, son más

inestables, presentan un mayor índice de recaídas y realizan numerosos intentos de deshabitación.

El consumo de alcohol y otras drogas va a originar problemas y trastornos que se pueden agrupar en enfermedades y problema somáticos, mentales y sociales. Los problemas de salud mental relacionados con el alcohol y otras drogas se agrupan de manera similar en las dos grandes clasificaciones actuales, en el CIE- 10 promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), bajo el nombre de “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas”, y en la DMS-V, promovida por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), con el nombre de “trastornos relacionados con sustancias”.

Según Gálvez Cabrera E y Hidalgo M (1999). Los trastornos mentales relacionados con sustancias se pueden dividir en dos grandes grupos por un lado, aquellos que son consecuencia de los efectos fisiológicos directos de las drogas o sus derivados sobre el sistema nervioso central, que serían los trastornos inducidos por drogas y el, los que tienen que ver con la relación de la persona con el consumo, que serían los trastornos por consumo de drogas.

Según Swendsen JD, Merikangas KR (2000) los trastornos de la drogadicción suelen ocurrir concurrentemente con otras enfermedades mentales, esto no quiere decir que una causa la otra, aun cuando una de ellas aparezca primero. De hecho, puede ser difícil establecer cuál de las enfermedades vino primero y por qué. Sin embargo, las investigaciones sugieren las siguientes posibilidades como razones por las que es común que estas enfermedades se den de manera concurrente:

- El abuso de drogas puede provocar los síntomas de otra enfermedad mental. El hecho de que algunos usuarios de marihuana con vulnerabilidades preexistentes exhiban un mayor riesgo de desarrollar psicosis sugiere esta posibilidad.
- Los trastornos mentales pueden conducir al abuso de drogas, posiblemente como una forma de “automedicación”. Por ejemplo, los pacientes que sufren de

ansiedad o depresión pueden depender del alcohol, el tabaco u otras drogas para aliviar temporalmente sus síntomas.

- Estos trastornos también pueden ser causados por factores de riesgo compartidos, tales como:
- La superposición de vulnerabilidades genéticas. Hay factores genéticos que pueden predisponer a una persona a que sea susceptible tanto a la adicción como a otros trastornos mentales o que tenga mayor riesgo para un segundo trastorno una vez que aparezca el primero.
- La superposición de factores desencadenantes en el entorno. El estrés, el trauma (tal como el abuso físico o sexual) y la exposición temprana a las drogas son factores comunes en el entorno que pueden conducir a la adicción y a otras enfermedades mentales.
- La participación de regiones similares del cerebro. Por ejemplo, los sistemas del cerebro que responden a la gratificación y al estrés se ven afectados por las drogas y pueden mostrar anomalías en los pacientes con ciertos trastornos mentales.
- Los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales son trastornos del desarrollo. Esto significa que a menudo comienzan en la adolescencia o incluso a una edad más temprana, que son los periodos cuando el cerebro experimenta cambios radicales en su desarrollo.
- La exposición temprana a las drogas también puede cambiar el cerebro de tal manera que el riesgo de sufrir trastornos mentales sea más alto. Además, cuando existen síntomas tempranos de un trastorno mental puede ser una indicación de que exista un mayor riesgo de toxicomanías más adelante.

A veces coexisten los problemas de salud mental y los trastornos de uso de sustancias. Esto se debe a que ciertas sustancias psicoactivas pueden causar una adicción y algunos síntomas de desajuste de los estados afectivos o trastornos psicopatológicos, al igual que derivado de los problemas de salud mental a veces se consume drogas o alcohol, como una forma de automedicación.

Los trastornos psicopatológicos y el uso de sustancias comparten algunas causas subyacentes, como los cambios en la composición del cerebro, las vulnerabilidades genéticas y el contacto temprano con el estrés o el trauma. Si se tuvo síntomas de algún trastorno de salud mental antes del consumo fue un factor que indició en el consumo de drogas y si estos se desarrollaron después fueron un factor para su permanencia.

6.5.3 Competencia social

Los individuos que incurren en conductas desviadas presentan déficits en las habilidades para establecer relaciones, para expresar las propias opiniones y sentimientos y, en definitiva, para interactuar de un modo socialmente eficaz.

En diversos trabajos se ha encontrado que, en efecto, el consumo de drogas se asocia con una menor competencia en las relaciones sociales y con una menor capacidad para expresar asertivamente las propias posiciones.

Se ha visto que los jóvenes con una historia de dificultades de interacción desde la infancia (en concreto, timidez acompañada de actitudes agresivas) tienen una alta vulnerabilidad al consumo de drogas durante la adolescencia. Asimismo, en el área de la delincuencia se han encontrado resultados que avalan la relación entre la conducta problema y los déficits en habilidades sociales.

La relación entre conducta problema y factores como la asertividad o las habilidades sociales puede ser interpretada a la luz de los planteamientos del aprendizaje social. Un individuo con dificultades para expresar abiertamente sus opiniones o para desenvolverse adecuadamente en su medio social podrá ser más vulnerable a las presiones de su medio. De hecho, estudios que analizan la resistencia a la persuasión sugieren que los adolescentes desviados muestran una menor capacidad para enfrentarse a las influencias que invitan a la conducta problema (Ellickson y Hays, 1992).

Los déficits en habilidades sociales pueden ser interpretados de acuerdo con otras perspectivas teóricas Jessor y Jessor, (1977). Para algunos autores, la conducta problema puede aparecer como un medio para lograr metas vitales deseadas, entre las que se encuentran, por ejemplo, la aceptación por parte de los amigos, relaciones sociales satisfactorias.

Cuando el individuo no dispone de recursos personales o psicosociales para lograr esas metas (por ejemplo, no dispone de un repertorio adecuado de habilidades sociales), la conducta problemática aparecerá como una vía alternativa. Por ello, el entrenamiento en habilidades sociales será una estrategia adecuada para que el individuo pueda desarrollar una vida social satisfactoria sin recurrir a opciones desviadas como es el consumo de drogas.

La falta de habilidades sociales significa tener dificultades para relacionarse y comunicarse con otras personas, y no tener un buen autocontrol emocional, las persona es más proclive a desarrollar algunos trastornos psicológicos como la depresión o la ansiedad. Además, también aumentan las probabilidades de recurrir a sustancias adictivas que le permitan escaparse de una realidad que no le agrada.

6.4.4 Relaciones familiares

La influencia de la familia ha sido siempre reconocida como un factor etiológico importante en el consumo de drogas. En estos últimos años han sido muchos los estudios que han confirmado la relación entre ciertas características familiares y el consumo de drogas en los/as hijos/as. Como bien apunta las influencias que se derivan de la familia en las conductas de abuso de drogas, muestran demasiada evidencia como para no tenerlas en cuenta en los estudios sobre factores predisponentes.

La familia es el primer entorno social en el que se desarrolla la vida del sujeto, así como el primer órgano de modelado, aprendizaje y socialización. No obstante, en muchas ocasiones, no sabemos si es la propia dinámica familiar quien propicia la toxicomanía o, si debido a ésta, existe esa dinámica familiar disfuncional (Charro y Martínez, 1995).

Lo que es un hecho claro es la relación entre familia y farmacodependencia, no sólo como factor desencadenante, sino también como factor de mantenimiento de la situación (García, 1990). De igual modo, la influencia de la familia puede actuar de modo contrario, haciendo decrecer el riesgo de uso de drogas en los jóvenes.

Según Merikangas, Dierker y Fenton (1998). Distinguen dos tipos de factores en lo referente a la familia: factores específicos del consumo de drogas y factores generales de un número amplio de conductas problemáticas en la adolescencia.

Entre los factores específicos del consumo de drogas se encuentran, la exposición a las drogas, los modelados negativos de uso de drogas por parte de los padres y las actitudes de los padres ante las drogas. En cuanto a los factores no específicos podemos decir que son aquellos que incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia. Básicamente se refieren a aspectos relacionados con la estructuración familiar: conflicto familiar, estilo educativo, exposición a estrés.

Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary (1998), proponen el siguiente listado de correlatos familiares del abuso de drogas en los adolescentes:

- Historia familiar de problemas de conducta con un modelo de los padres o hermanos de valores antisociales y de consumo de drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas, personalidad antisocial, psicopatología o conducta criminal de los padres.
- Prácticas pobres de socialización en los que hay fallos para promover un desarrollo moral positivo, negligencia para enseñar habilidades sociales y académicas y para transmitir valores prosociales y actitudes desfavorables al uso de drogas en los jóvenes. Supervisión ineficaz de las actividades y compañías de los/as hijos/as.
- Disciplina ineficaz esta incluye un sobre control o bajo control de los/as hijos/as. Expectativas y demandas excesivas o no realistas y castigo físico severo.
- Relaciones pobres entre padres e hijos/as es la ausencia de lazos familiares, negatividad y rechazo de los padres hacia el/la hijo/a o viceversa, escasez de

tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones maladaptativas entre padres e hijos/as.

- Conflicto familiar excesivo, con abusos verbales, físicos o sexuales que provocan desorganización familiar y estrés, con frecuencia inducidos por la ausencia de habilidades del manejo familiar eficaces.
- Problemas de salud mental como la depresión, que pueden causar puntos de vista negativos sobre las conductas de los/as hijos/as, hostilidad hacia estos o disciplina demasiado severa. Aislamiento familiar y ausencia de una red de apoyo familiar eficaz.
- Diferencias familiares en el grado de culturización o pérdida de control de los padres sobre el adolescente debido a un menor grado de culturización.

Los estudios sobre factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y/o drogas identifican una serie de factores de riesgo en el funcionamiento familiar que aumentan la probabilidad del consumo en los/las hijos/as entre ellos tenemos la historia de alcoholismo y abuso de drogas en la familia, los conflictos y problemas de relación entre padres/madres e hijos/as, sobreprotección, falta de comunicación, dificultad para escuchar o responder adecuadamente por parte de los padres y madres, dificultad para fijar límites, disciplina permisiva o ausencia de normas claras de funcionamiento familiar y falta de vínculo afectivo con los hijos/as.

6.5.5 Desempeño escolar

La escuela es otro órgano de socialización prioritario, entre cuyas funciones se encuentra la formación para un funcionamiento socialmente adaptado. En ella tienen lugar las primeras interacciones con los iguales y el contacto con las primeras figuras de autoridad distintas a las familiares; al mismo tiempo, es el entorno en el que el sujeto tiene la oportunidad de conseguir sus primeros logros socialmente reconocidos.

Las drogas afectan el nivel de atención, de concentración y de percepción. Así mismo tiene consecuencias negativas en la coordinación y el tiempo de reacción además en muchas de las destrezas que se requiere para manejar y realizar otras tareas con seguridad. Estos efectos pueden durar hasta por 24 horas después de consumir.

También pueden dificultar el proceso de calcular distancias y reaccionar a las señales y sonidos en la carretera.

El uso de drogas es especialmente problemático durante los años más importantes del aprendizaje. Los padres desempeñan un papel vital en ayudar a que sus hijos alcancen resultados académicos notables y tengan un futuro brillante, y evitar el uso de drogas es parte de esa misión. Varios estudios han revelado que las actitudes de los padres con respecto a las drogas influyen en las decisiones de sus hijos relacionadas con el uso de drogas ilícitas. Es un imperativo para cada padre el envío sistemático del mensaje de que el uso de las drogas es peligroso e inaceptable en la familia.

El consumo de drogas desintegra la autodisciplina y la motivación necesarias para el aprendizaje. El elevado consumo de drogas entre los estudiantes crea un clima en la escuela que es destructivo para el aprendizaje.

El consumo de drogas y la delincuencia se relacionan con un bajo rendimiento en el medio escolar, un mayor absentismo y, en general, una baja implicación en las actividades académicas y también en las actividades extra-académicas ligadas al medio escolar (Svobodny, 1982; Thomas y Hsiu, 1993).

Los sujetos con conductas problemáticas y consumo de drogas tienden a mostrar un cierto desapego emocional respecto al entorno escolar, muestran actitudes más negativas hacia él, tienen expectativas negativas respecto a su éxito académico y perciben la educación académica como poco útil o irrelevante. En definitiva, parece que el “fracaso” por ajustarse a un medio que, precisamente, intenta promover estilos de vida convencionales, deja al adolescente en una situación de vulnerabilidad ante la conducta desviada.

Entre los factores desertores del sistema educativo tenemos la situación socioeconómica y el contexto familiar de los adolescentes como fuentes principales de diversos hechos que pueden facilitar directa o indirectamente el retiro escolar, como pobreza y marginalidad, adscripción laboral temprana, disfuncionalidad familiar y

adicciones. Las adicciones generan problemáticas en el proceso de aprendizaje lo que provoca frustración en los jóvenes los cuales los conlleva al absentismo escolar.

6.5.6 Presión grupal

A menudo se ha indicado que en diferentes momentos del desarrollo, las principales influencias socializadoras proceden de distintos ámbitos. Mientras que en los años preescolares la familia es el entorno dominante, la escuela adquiere especial peso en la infancia posterior y en la preadolescencia. En la adolescencia, la principal fuente de influencia vendrá representada por los amigos. Su papel como conformadores de hábitos y valores se convierte en crucial; se ha afirmado que los amigos constituyen la institución socializadora por antonomasia en la adolescencia (Fierro, 1985).

Para Sutherland (s.f), las conductas desviadas se adquieren en la relación con los grupos más próximos al sujeto. La conducta antisocial se aprende cuando el sujeto está expuesto a conductas y actitudes de carácter desviado. Los amigos serán un contexto de gran importancia en este aprendizaje; la asociación con amigos desviados dará lugar a que el sujeto interiorice más definiciones favorables a la transgresión que “definiciones” favorables a la convencionalidad y que, en último término, cometa actividades antisociales.

Tras la aportación de Sutherland, otros autores han profundizado en ese proceso, especificando los mecanismos por los cuales se interiorizan las actitudes desviadas y se aprenden los comportamientos antisociales. Nacen así los llamados planteamientos del aprendizaje social. De acuerdo con ellos, las recompensas a la conducta desviada, el castigo a las conductas convencionales y los procesos de aprendizaje por observación favorecerán la influencia del grupo sobre las creencias, valores y conductas del adolescente.

Hablamos de posible vulnerabilidad ya que no toda la presión que se puede ejercer tiene que tener un efecto negativo, hay líderes de grupos positivos que pueden persuadirnos para resistir la presión, hay grupos que respetan los deseos individuales

de las personas que forman parte del grupo y no se rechaza la disparidad de ritmos o intereses.

En ocasiones la presión puede ser negativa y perjudicial, en el sentido de que el grupo persuade para hacer algo que el/la adolescente puede no desear experimentar o hacer como puede ser fumar, beber alcohol o consumir otras drogas. Son situaciones de presión en las que se toman las decisiones buscando sentirse aceptado/a, apreciado/a, respetado/a, y por lo tanto buscando evitar el rechazo o la expulsión del grupo.

6.4.7 Actividades recreativas

Los jóvenes, por lo general, disponen de menos deberes que los adultos, lo que configura el ocio como un espacio fundamental en su vida, siendo, en muchos casos, tan importante como lo es el trabajo para los adultos. Esto significa que existe una centralidad del ocio en los grupos juveniles; centralidad bien conocida por los poderes económicos y que, bajo ningún concepto, puede ser obviada. De esta forma, será en el ocio donde los jóvenes puedan sentirse realizados, afianzando su identidad tanto personal como colectiva, pues no debemos olvidar que el joven realiza su aprendizaje por medio de un proceso condicionado socialmente a través la cultura (Salazar, 2000).

Hablar de los jóvenes y el tiempo libre es hablar del fin de semana; y hablar del fin de semana lleva implícito hablar del consumo masivo tanto de alcohol como de otro tipo de drogas ilegales. Los jóvenes, en mayor o menor grado, consumen alcohol de forma masiva y gran parte de ellos ha experimentado con alguna droga ilegal (cannabis, cocaína y éxtasis, fundamentalmente); además, los índices de policonsumo observados entre los consumidores jóvenes son cada vez mayores.

No es de extrañar que Bobes y Calafat (2000) muestren su preocupación por el creciente y banalizado consumo de drogas por parte de los jóvenes y por la falta de información contrastada a la que tienen acceso, que hace que muchos de esos jóvenes lleguen a conclusiones y decisiones erróneas sobre el consumo.

El uso recreativo de drogas es el uso de una droga con la intención de crear o mejorar la experiencia recreativa. Las drogas comúnmente más consumidas en el uso recreativo incluyen el alcohol etílico, la nicotina, la cafeína.

Entre los y las adolescentes y jóvenes que experimentan con drogas por curiosidad, por diversión o para imitar a los demás. En la mayoría de las ocasiones su consumo no llega más lejos, ni presentan riesgo de un posible interés por sustancias o formas de consumo de mayor riesgo. Se trata de consumos ocasionales y moderados, como los realizados por una gran mayoría de consumidores de alcohol. Evidentemente, consumos esporádicos pueden ocasionar reacciones de intoxicación aguda grave, aunque no sea lo más frecuente.

El concepto de uso responsable de drogas es que una persona puede usar drogas recreativas sin que ello suponga un riesgo significativo para su vida o la de otros. Quienes mantienen esta filosofía indican que el uso de drogas por muchos intelectuales y artistas bien conocidos, ya sea experimentalmente o con otro objetivo, ha tenido pocos efectos nocivos en sus vidas. Los detractores sostienen que las drogas son escurridizas y peligrosas, impredecibles y a veces adictivas, y tienen efectos profundos y negativos en áreas geográficas que van más allá del lugar del consumidor.

Además, este nuevo fenómeno ha estado asociado en parte importante, en sus inicios, al consumo de alcohol, para pasarlo mejor y aguantar la noche, a la baja percepción de riesgo de su consumo, al cambio de los horarios de diversión, al surgimiento de los afters, o lugares de diversión desde altas horas de la madrugada hasta la mañana, todo lo cual ha constituido un nuevo modo de divertirse que no existía hace unos años. Y, esta nueva forma de diversión, se asocia en una parte de los que participan en ella a un consumo de sustancias para aguantar mejor la noche y pasarlo bien. De ahí la asociación entre vida recreativa y consumo de drogas.

En lo que se relaciona a las actividades recreativas el factor de riesgo se encuentra en la utilización de sustancias psicoactivas como una forma de recreación pero estas drogas tienen agentes adictivos que las hace peligrosas. Un consumo esporádico puede ser el primer paso para conllevar a una dependencia psicológica o física.

6.5 Plan de intervención

6.5.1. Definición

El plan de intervención es una actividad intencionalmente planificada y realizada, que incluye los siguientes elementos: eje de intervención, objetivos, técnica, actividades, materiales, temporalización y observaciones. Su momento final lo constituye la evaluación del programa y del proceso. Tipos de programas teniendo en cuenta diferentes dimensiones, Álvarez Rojo y Hernández (1998: 90).

Diseñar un plan de intervención psicológico exige además tomar decisiones sobre aspectos como el modelo teórico que será la base del programa, los destinatarios potenciales, la metodología de trabajo a utilizar, el número y tipo de las actividades que ofertará, el sistema de evaluación.

6.5.2 Fases del proceso del plan de intervención psicológico

Las fases que aparecen a continuación no tienen por qué utilizarse todas en un plan de intervención, puesto que hay algunas que lo requieren y otras que no, dependiendo de las características:

- Eje de intervención: es proponer una estrategia de intervención, identificando sus acciones viables y acordes a la realidad de la comunidad o sujeto al que se estará implementando. .
- Objetivos que se pretenden cubrir: Se establecerán objetivos a partir de las necesidades reformuladas y de los cambios esperados con su implantación. Dicha formulación ha de hacerse de forma realista y práctica, de tal forma que se ajusten a los recursos estimados y a la duración del Programa. Además de permitir, en algún grado, la evaluación de su cumplimiento.
- Técnicas e instrumentos que se van a utilizar: Análisis y decisión de técnicas e instrumentos con los que se alcanzaron los objetivos.
- Actividades que se van a desarrollar: Constituyen los núcleos activadores alrededor de los cuales se forma el Programa. Constituyen por sí mismo

unidades de análisis y evaluación. En todo caso se coordinarán para que se apoyen mutuamente constituyendo un sistema integrado.

- Distribución y temporalización de las actividades: Duración del plan de las sesiones. Tiempo promedio estimado de ejecución. Orden lógico para conseguir los objetivos.
- Materiales: El Programa deberá contemplar el conjunto de recursos materiales, instrumentos y / o elementos personales para su ejecución.
- Observaciones. Registrar todas las observaciones durante la planificación y ejecución del plan de intervención psicológico.

El estudio de los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas resulta de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención y tratamiento eficaces. Su análisis e identificación es fundamental para determinar los objetivos operativos que deben perseguir los programas de prevención, y también para aquellas poblaciones, grupos o individuos que se encuentran en situaciones de alto riesgo en relación al consumo de drogas y que precisan intervenciones específicas. La ausencia de las referencias de estos factores no permitiría establecer cuáles son las necesidades y, por tanto, difícilmente, se podrían conocer los aspectos sobre los que intervenir (Moncada, 1997).

VII. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

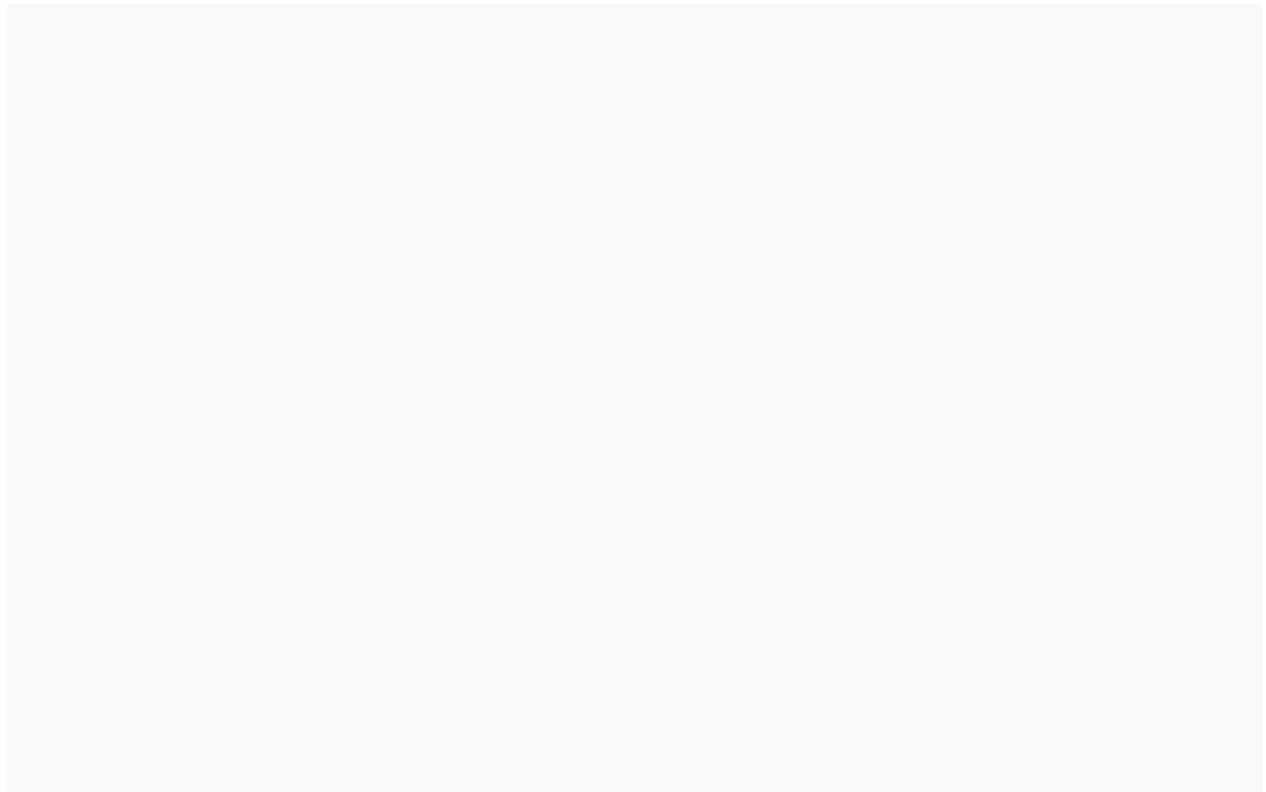
Es necesario plantearse algunas interrogantes sobre el problema de estudio que guie el proceso de investigación, es por ello que se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué características sociodemográficos presentan los jóvenes que participan en la investigación?

¿Qué tipo de droga consumen los jóvenes de la muestra y cuál es la frecuencia de consumo?

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados al consumo de droga de la población en estudio?

¿Cuáles son las técnicas psicológicas que debe contemplar el plan de intervención para la población de estudio que permita un mejor nivel de inserción social?



VIII. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
Factores Socio demográficos	Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Es el conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	<ul style="list-style-type: none"> •Femenino •Masculino 	DUSI: Inventario Multifactorial del uso Indevido de Drogas
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Tiempo que ha transcurrido desde que la persona sale del vientre de la madre hasta que muere.	<ul style="list-style-type: none"> •De 15 a 17 años. •De 18 a 20 años. •De 21 a 22 años 	

*Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogadependencia Adolescente
Juventud Policía Nacional- UENIGSOL. II semestre 2016*

VARIABLE	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
Factores Socio demográficos	Procedencia	Población, calle, número y piso donde vive habitualmente una persona.	Barrios de Managua en el que habitan los jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> • San Luis Sur • Jorge Dimitov • Villa Libertad • 19 de Julio • Camilo Ortega • Tipitapa • América N 3 	DUSI: Inventario Multifactorial del uso Indevido de Drogas
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	La situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Solteros • unión de hecho estable 	

*Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogadependencia Adolescente
Juventud Policía Nacional- UENIGSOL. II semestre 2016*

VARIABLE	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
Factores Socio demográficos	Nivel académico	Fases secuenciales del sistema de educación superior que agrupan a los distintos niveles de formación que acredite al graduado para el desempeño y ejercicio de una ocupación o disciplina determinada.	Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios.	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria inconclusa • Primaria terminada • Secundaria 	DUSI: Inventario Multifactorial del uso Indevido de Drogas
	Número de Hijos	Es la cantidad de hijos o una hijas es el descendente directo de un animal o de una persona.	Es la cantidad que hijos que han procreado los jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1 a 2 hijos 	

*Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogadependencia Adolescente
Juventud Policía Nacional- UENIGSOL. II semestre 2016*

VARIABLE	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
Consumo de drogas	Tipos de drogas	Cualquier sustancia, natural o sintética, que al consumirse puede alterar la actividad mental y física de las personas, debido a sus efectos sobre el sistema nervioso central.	Toda sustancia natural o sintética que genera adicción, es decir, la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir para experimentar la recompensa que produce.	<ul style="list-style-type: none"> ·Alcohol ·Tabaco ·Cocaína ·Pbc y Crack ·Inhalantes 	DUSI: Inventario Multifactorial del uso Indebido de Drogas
	Frecuencia de consumo	Es una escala de consumo que sitúa al joven un determinado nivel de consumo,	El uso de cualquiera de las drogas lícitas e ilícitas anteriormente indicadas, una o más veces en el año.	<ul style="list-style-type: none"> ·Recreativo 1 a 2 veces al mes ·Ocasional 3 a 9 al veces al mes ·Habitual 10 a 20 veces al mes ·Compulsivo más de 20 veces al mes 	

VARIABLE	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
Factores psicosociales	Conducta	Está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida.	Son las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.	<ul style="list-style-type: none"> •De 0.1 a 2.5 severidad baja. •De 2.6 a 5.0 severidad moderada. 	DUSI: Inventario Multifactorial del uso Indebido de Drogas
	Estados afectivos y síntomas psicopatológicos	Síndrome o un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a discapacidad mentales abarcando una amplia variedad de trastornos, cada uno de ellos con características distintas.	Son aquellos síntomas que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones.	<ul style="list-style-type: none"> •De 5.1 a 7.5 severidad alta. •De 7.6 a 10 muy alta. •0 equivaliendo a la ausencia de trastorno. 	

*Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogadependencia Adolescente
Juventud Policía Nacional- UENIGSOL. II semestre 2016*

VARIABLE	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
Factores psicosociales	Conducta	Está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida.	Son las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.	<ul style="list-style-type: none"> •De 0.1 a 2.5 severidad baja. •De 2.6 a 5.0 severidad moderada. 	DUSI: Inventario Multifactorial del uso Indevido de Drogas
	Estados afectivos y síntomas psicopatológicos	Síndrome o un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a discapacidad mentales abarcando una amplia variedad de trastornos, cada uno de ellos con características distintas.	Son aquellos síntomas que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones.	<ul style="list-style-type: none"> •De 5.1 a 7.5 severidad alta. •De 7.6 a 10 muy alta. •0 equivaliendo a la ausencia de trastorno. 	
VARIABLE	SUB	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO

*Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogadependencia Adolescente
Juventud Policía Nacional- UENIGSOL. II semestre 2016*

	VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
Factores psicosociales	Competencia social.	Es la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas. Esto implica dominar las habilidades prosociales, (asertividad, respeto, etc).	Son habilidades y recursos que tiene una persona para para interactuar socialmente.	·De 0.1 a 2.5 severidad baja. ·De 2.6 a 5.0 severidad moderada.	DUSI: Inventario Multifactorial del uso Indebido de Drogas
	Relaciones familiares.	El tipo de relaciones que establecemos las personas que formamos parte de una familia	Interacción e influencia bidireccional entre los miembros de una familia.	·De 5.1 a 7.5 severidad alta.	
	Desempeño escolar	Es aquél que obtiene calificaciones positivas o negativas en los exámenes, que tiene asistencia o no continúa al centro educativo e interés en su formación rendimiento a lo largo de su vida educativa.	Hace referencia a la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar, terciario o universitario. Un estudiante con bueno o deficiente rendimiento académico.	·De 7.6 a 10 muy alta. ·0 equivaliendo a la ausencia de trastorno.	

*Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente
Juventud Policía Nacional- UENIGSOL. II semestre 2016*

VARIABLE	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
Factores psicosociales	Presión grupal.	Es la influencia positiva o negativa que sobre un adolescente ejercen los otros adolescentes que conforman su círculo de amigos, para que éste actúe según lo que piensa la mayoría.	Se refiere a la fuerza negativa o positiva que ejerce un determinado grupo hacia una persona	<ul style="list-style-type: none"> ·De 0.1 a 2.5 severidad baja. ·De 2.6 a 5.0 severidad moderada. ·De 5.1 a 7.5 severidad alta. 	DUSI: Inventario Multifactorial del uso Indebido de Drogas
	Actividades recreativas.	Se alude a aquello que ofrece recreación (entretenimiento, diversión o distracción).	Las actividades recreativas son todas las actividades realizadas por el sujeto en el tiempo libre elegidas. libremente que le proporcionen placer y desarrollo de la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> ·De 7.6 a 10 muy alta. ·0 equivaliendo a la ausencia de trastorno. 	

IX. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 Enfoque:

El estudio tiene un enfoque de tipo cuantitativo ya que durante el proceso de investigación se recogieron y analizaron los datos sobre la problemática de estudio para darle respuesta al planteamiento del problema.

9.2 Diseño de investigación;

No experimental

El diseño de la presente investigación es no experimental ya que su objetivo fue describir los factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes del Programa Ambulatorio Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL sin manipulación directa de las variables.

Los diseños no experimentales se definen como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. La intención es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural para después analizarlos. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

9.3 Descriptiva de corte transversal:

Este estudio fue realizado en un tiempo determinado orientado a describir los factores psicosociales asociados en el consumo de sustancias psicoactivas de los jóvenes del estudio convirtiéndolo en una investigación de corte transversal. Según Danhke (1989) las investigaciones descriptivas buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis; es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos o componentes sobre el fenómeno a investigar. Se ocupa de la descripción de hechos a partir de un criterio o modelo teórico definido previamente.

9.4 Universo:

El universo está conformado por 256 jóvenes atendidos en el Centro Juventud de la Policía Nacional de Nicaragua,

9.4 Población:

La población está conformada por 32 jóvenes atendidos en el Centro Juventud de la Policía Nacional de Nicaragua, los cuales están integrados en Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

9.5 Muestra:

La muestra está compuesta por 23 jóvenes atendidos en el Centro Juventud de la Policía Nacional de Nicaragua, los cuales están integrados en el Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

9.6 Muestreo:

El muestreo es no probabilístico por conveniencia ya que los participantes del estudio se seleccionaron de manera voluntaria, no porque hayan sido escogidos a través de un proceso estadístico (Ochoa, 2015).

9.7 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

1. Edades entre 15 y 22 años
2. Miembro activo del Centro Juventud de la Policía Nacional
3. Miembro activo del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.
4. Haber consumido drogas (licitas e ilícitas) al menos una vez
5. Que manifiesten voluntad para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Menores de 15 y mayores de 22 años
2. No ser Miembro activo del Centro Juventud de la Policía Nacional
3. No ser Miembro activo del Programa Ambulatorio Drogodependencia de Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL
4. No haber consumido droga (licitas e ilícitas)
5. No manifestar voluntad para participar en el estudio.

9.8 Método, técnica e instrumento de recolección de datos

Para llevar a cabo la recolección de datos sobre consumo de droga y factores psicosociales asociados al consumo se aplicó el siguiente instrumento:

Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas DUSI (Drug Use Screening Inventory) versión mexicana. Es un cuestionario auto aplicable que consta de 10 escalas y 159 preguntas que tiene dos alternativas de respuesta: Si o No, el cual mide el nivel de severidad de los trastornos identificados en diez áreas de ajustes psicosocial permitiendo detectar trastornos específicos y evaluar su relación con el consumo de droga.

Este inventario, estudiado y validado en varios países, es valioso para cuantificar la severidad del uso indebido de drogas en conjunción y comparación con el estado de salud mental y física y con desórdenes en áreas como familia, trabajo, escuela y ajuste psicosocial. También es útil para estudiar los perfiles de mayor riesgo.

Este instrumento permite a través de sus múltiples dimensiones, identificar factores psicosociales de riesgo que conllevan al uso de drogas analizándolos desde las distintas áreas del ser humano esto nos permite priorizar estrategias de intervención debido a que se evalúa diferentes áreas de los sujetos en estudio. De esta forma contribuye a la prevención de las consecuencias y secuelas del problema ya iniciado.

Esta prueba cubre 10 áreas. Estas son:

1. **Conducta:** está compuesta por 21 ítems; explora las alteraciones de la conducta, en función de ser un factor de riesgo para el consumo de drogas y de estar asociado a él.
2. **Estados afectivos y síntomas psicopatológicos:** esta área consta de 21 ítems. El consumo de drogas es un factor de riesgo para la salud física y mental e inversamente un problema mental puede ser un factor de riesgo para el consumo de drogas. Objetivamente, los trastornos psiquiátricos son bastante frecuentes entre los consumidores. Las alteraciones emocionales, la depresión, ansiedad u otros estados psicológicos, son factores de riesgo para la búsqueda de alivio en la droga.
3. **Salud:** la constituyen 11 ítems, hace referencia fundamental a la salud física. Todos los datos relacionados con la salud, especialmente neurológicos, tales como la epilepsia o la disrritmia cerebral, pueden preceder el consumo. Por otra parte, el consumo de drogas puede tener efectos importantes sobre la salud, sobre todo cuando existe vulnerabilidad. Por ejemplo, complicaciones hepáticas o respiratorias generadas por el consumo.
4. **Competencia social:** esta área consta de 15 ítems, para un adecuado funcionamiento adaptativo, la persona requiere de varias habilidades de desempeño social. Deficiencias en la capacidad de ser asertivo, tomar decisiones y conducirse en forma autónoma, pueden predisponer al consumo de drogas y facilitar su mantenimiento.
5. **Relaciones familia:** en esta área se deberán contestar 15 preguntas relacionadas a la organización familiar, los patrones de comunicación y el grado de cohesión influyen considerablemente en el ajuste emocional del adolescente. La familia es fundamental en el establecimiento de valores y conductas normativas sociales que van a guiar la transición hacia la adultez. El modelo adictivo familiar y los hábitos de consumo familiares son factores de riesgo.

6. **Desempeño escolar:** esta escala contiene 21 ítems la cual explora el rendimiento escolar, la regularidad de la asistencia y la conducta en la escuela, así como la actitud e interés por el estudio.
7. **Desempeño laboral:** Esta escala está constituida por 11 ítem relacionado con el interés y la motivación del adolescente por asumir roles de adulto y buscar autonomía. También hay que considerar la extracción de la persona, ya que, trabajar y obtener dinero, se relaciona con la subsistencia familiar. Las actitudes con respecto al trabajo, su compromiso, responsabilidad y estabilidad influyen en las posibilidades de consumir drogas.
8. **Presión grupal:** esta área está compuesta por 15 preguntas relaciona con el ambiente social en que se desenvuelve el adolescente, ya que, éste influye sustancialmente en el tipo y variedad de conductas normativas. Conforme el adolescente crece y se desliga de los padres, se incrementa la importancia e influencia del entorno social. Las características de los grupos de amigos, como grupos de presión, influyen considerablemente en el inicio o mantenimiento del consumo de drogas.
9. **Actividades de recreación:** en esta escala hay 13 preguntas en la que se explora la disposición de tiempo libre que tiene la persona, el uso que le da y la satisfacción o insatisfacción que se deriva del mismo. La utilización del tiempo libre afecta de manera significativa la facilidad para iniciarse en el consumo de drogas, así como en su mantenimiento y otro tipo de conductas inadecuadas. La utilización productiva del tiempo libre es un factor de protección contra el uso indebido de drogas.
10. **Abuso de sustancias:** contiene dos partes la primera de ella tiene 16 ítems, de los cual se obtiene la severidad del uso sustancia psicoactivas, la segunda partes obtiene el uso de 20 tipos diferentes de sustancia y su frecuencia, así como se determinar las drogas que le han causado más daño.

Para identificar la severidad de cada área se establecieron cinco estratos los cuales indican el nivel de severidad que tiene cada área de 0.1 a 2.5 severidad baja, de 2.6 a

5.0 severidad moderada, de 5.1 a 7.5 severidad alta y de 7.6 a 10 severidad muy alta, el 0 significa ausencia de trastorno.

Para valorar los trastornos de ajuste identificados en el Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas DUSI (Drug Use Screening Inventory); estos se califican de acuerdo con la proporción de respuesta positivas registradas (las cuales indican presencia de alteraciones); el índice obtenido representa la severidad del problema ya sea global o por área.

El índice de severidad por área (ISA): ofrece una descripción por área, el cual nos permite identificar las áreas de mayor riesgo, se obtiene dividiendo el total de repuestas positivas de cada área entre el número de preguntas correspondiente, multiplicado por 10.

El índice de severidad global (ISG): ofrece una descripción del desempeño psicosocial general o total del individuo, es la suma de todas las áreas; se obtiene al dividir el total de repuesta positivas entre el total de preguntas, multiplicado por 10.

Este instrumento permite excluir algunas áreas si no corresponden a la población de estudio o no son de interés en la investigación. De esta manera el instrumento utilizado quedo constituido por 8 áreas (conducta, estados afectivos y otros síntomas psicopatológicos, competencia social, relaciones familiares, desempeño escolar, presión grupal, actividades recreativas y el uso de drogas) y 137 reactivos. Excluyéndose las áreas del desempeño laboral por que estos jóvenes no trabajan ya que se mantienen todo el día en el centro y la salud por que no se podía dar solución por medio de plan de intervención psicológico.

9.9 Procedimiento para la recolección de información.

El interés por trabajar con esta población surgió durante el proceso de prácticas profesionales realizadas en el Centro Juventud de la Policía Nacional de Nicaragua; unas de las principales tareas realizada en este proceso fue asistir de manera personal a la terapeuta de CENICSOL quien tenía la responsabilidad de dirigir la orientación

psicológica a los jóvenes que pertenecen al programa, esta experiencia permitió tener un primer contacto con el tema de investigación ya que se observó la necesidad de trabajar con los beneficiarios del programa una propuesta de plan de intervención que no solo contenga el eje de orientación psicológica sino que implique áreas de trabajo relacionadas a la dinámica familiar, habilidades sociales, conducta y cognición para una mayor efectividad en el proceso de reinserción social de los jóvenes.

Una vez identificada la población de estudio se empezó a valorar las posibles temáticas a estudiarlas partiendo del proceso de observación, se tomaron en cuenta varias ideas, después de analizar la viabilidad de la temática se procedió a seleccionar el tema dando inicio a la fase de exploración basada en la revisión documental.

Planteado el problema de investigación se procedió a elaborar los objetivos del estudio y se identificó el instrumento que mediría las variables de la investigación, el cual fue un proceso de mucho análisis por que se debía de tomar en cuenta el nivel académico de los participantes y la fácil distractibilidad de los jóvenes, después de valorar varios instrumentos tanto con el tutor como con los psicólogos del centro Juventud se tomó la decisión de utilizar el Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas DUSI (Drug Use Screening Inventory).

Primero se realizó una prueba piloto con el fin de identificar debilidades en el mismo para realizar los respectivos ajustes y aplicarlo a la muestra seleccionada. Se cambiaron algunas palabras porque en nuestro país no se utilizaban ejemplo liceo por colegio o escuela, se decidieron excluir 2 áreas para reducir la cantidad de pregunta ya que los jóvenes manifestaban que eran mucha preguntas, las cuales fueron salud, porque no se le podía dar respuesta por medio de un plan de intervención psicológico y desempeño laboral, pero antes de tomar una decisión con respecto a esta área se hizo un sondeo de cuantos jóvenes laboraban indicando todos que no lo hacían por que pertenecían en el centro todo el día.

A continuación Se solicitó permiso a la dirección del centro para la aplicación del instrumento, el Inventario fue aplicado de manera colectiva a la población de estudio.

Se corrigieron los instrumentos aplicados a los adolescentes para después procesar los datos a través de frecuencia simple y se utilizó la estadística descriptiva para el manejo de los datos estadísticos obtenidos.

9.10 Consideraciones éticas.

Se garantizó a los sujetos del estudio la confiabilidad, se explicaron los objetivos e intención de la investigación, cuál sería su participación y la posibilidad de no formar parte de la misma en caso de no estar de acuerdo, de manera que la participación fuera voluntaria.

9.11 Procedimiento para el análisis de datos.

El procesamiento de la información se realizó a través del programa de Excel ya que los datos fueron trabajados a partir de frecuencias simples con el fin de conocer las características demográficas, tipo y frecuencia de consumo de droga así como los factores más determinantes en el consumo de droga de la población de estudio.

X. PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación.

10.1 Características sociodemográficas

Partiendo del objetivo específico de la investigación dirigido a describir las características sociodemográficas de la población de estudio; se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla N° 1: Sexo correspondiente a los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	21	91.30%
Femenino	2	8.70%
Total	23	100%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indevido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). Versión mexicana.

En relación al sexo de los sujetos, se refleja que el 91.30% % de la población de estudio pertenece al sexo masculino y el 8.70% corresponde al sexo femenino. (*Ver anexo grafica N° 1*).

Tabla N° 2: Edad correspondiente a los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15- 17	11	47.83%
18- 20	7	30,43%
21-22	5	21.74%
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). Versión mexicana.

Se puede observar que el rango de edad correspondiente a la mayoría de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL, oscila en las edades de 15 a 17 años, lo que equivale al 47.83% (11) de la muestra, en cambio el 30.43% (7) corresponde al rango de edad de 18 a 20 años, y un 21.74% (5) poseen edades comprendidas entre 21 a 22 años. (Ver en anexo grafica N° 2).

Tabla N° 3: Lugar de procedencia de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Barrio	Frecuencia	Porcentaje
San Luis Sur	1	4.35%
Jorge Dimitrov	5	21.74%
Laureles Norte	2	8.70%
Villa Libertad	1	4.35%
19 de Julio	4	17.40%
Tipitapa	1	4.35%
Camilo Ortega	5	21.74%
Américas Numero 3	2	8.70%
No Contestaron	2	8.70%
Total	23	100.0%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). Versión mexicana

En lo que se refiere a la procedencia podemos referir que el 21.74 % de los evaluados pertenecen al Barrio Camilo Ortega y Jorge Dimitrov, un 17.40% provienen del Barrio 19 de julio, el 8.70% son procedentes de los Barrios Laureles Norte, el mismo porcentaje corresponde a las Américas Número tres, así mismo este porcentaje de 8.70% es reflejado en los evaluados que no escribieron su procedencia, el 4.35% pertenecen al barrios de San Luis Sur, el mismo porcentaje pertenecen a Villa Libertad y Tipitapa. (Ver anexo grafica N° 3).

Tabla N° 4: Nivel académico de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Nivel académico	Frecuencia	Porcentaje
Prima incompleta	3	13.04%
Prima completa	18	78.26%
Secundaria	2	8.70%
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). Versión mexicana.

A partir de los resultados obtenidos en la muestra de estudio, se refleja que el 78.26% de los jóvenes presentan un nivel académico de primaria completa, el 13.04% un nivel de primaria incompleta y en un 8.70% secundaria. (Ver en anexo grafica N° 4).

Tabla N° 5: Estado civil de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	23	100%
Total	23	100%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). Versión mexicana

En cuanto a la población total de estudio el 100% se encuentran solteros (Ver en anexo grafica N° 5).

Tabla N° 6: Número de hijos correspondientes a los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Número de hijos	Frecuencias	Porcentaje
Si	1	4.35%
No	22	95.65%
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). versión mexicana

En relación al número de hijos procreados por la población en estudio, se evidencia que la mayoría de los adolescentes 95.66% no tienen hijos y un 4.35% refiere tener de 1-2 hijos. (Ver en anexo grafica N° 6).

10.2 Tipos de drogas y tipos de consumo

A continuación se dan a conocer los resultados correspondientes al segundo objetivo de la investigación dirigido a identificar la presencia de consumo de droga y el tipo de consumo en la muestra estudiada.

Tabla N° 7: Tipos de droga utilizadas y los tipo de consumo de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Frecuencia	No consume		Recreativo		ocasional		Habitual		Compulsivo		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Alcohol	4	17.39			8	34.79	11	47.82			100.00%
Tabaco					8	34.79			15	65.21	100.00%
Marihuana					5	21.74	15	65.22	3	13.04	100.00%
Cocaína	10	43.48	2	8.70	3	13.04	5	21.74	3	13.04	100.00%
Pbc o Crak	5	21.74	3	13.04	2	8.70	11	47.82	2	8.70	100.00%
Inhalantes	12	52.17	2	8.70	5	21.74	4	17.39			100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). versión mexicana

En cuanto al tipo de drogas y frecuencia de consumo utilizado por los jóvenes observamos en la tabla que el tabaco se consume más de manera compulsiva y en la marihuana su frecuencia es habitual ambas con el mismo porcentaje de 65.21%, después encontramos a los jóvenes que no consumen inhalantes con un 52.17% luego tenemos que el 47.82% consumen alcohol de manera habitual, con igual porcentaje y frecuencia los jóvenes que consumen pbc o crack, luego tenemos a un 43.48% que no consumen cocaína (Ver anexo grafica N° 7).

10.3 Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de drogas

En este acápite encontraremos los datos obtenidos sobre la identificación de los factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de droga de la población de estudio.

Tabla N° 8: Índice de severidad de los factores de riesgo asociados al área de la Conducta de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Índice de severidad por área	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	4.35%
Moderado	0	0%
Alto	17	73.91%
Muy alto	5	21.74%
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indevido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). versión mexicana

En relación al área de la conducta se observa que el 73.91% de los joven tiene el área de la conducta con índice de severidad alto y el 21.74% muy alto en cambio un 4.35% bajo.

Tabla N° 9: Índice de severidad de los factores de riesgo asociados al área de los estados afectivos y síntomas psicopatológicos de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Índice de severidad por área	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0%
Moderado	7	30.43%
Alto	14	60.87%
Muy alto	2	8.70%
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). versión mexicana

Esta tabla se refleja que la población de estudio tiene en el área de los estados afectivos y los síntomas psicopatológicos un índice de severidad mayoritariamente alto con un 60.87%, posteriormente refleja un índice moderado de 30.43% y por último se observa un índice muy alto de 8.70%.

Tabla N° 10: Índice de severidad de los factores de riesgo asociados al área de competencia social de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Índice de severidad por área	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	4.35%
Moderado	7	30.43%
.Alto	14	60.87%
Muy alto	1	4.35%%
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). versión mexicana

Con respecto al área de competencia social se observa que 60.87% se encuentran en un índice de severidad alto y el 30.43% en un índice de severidad moderado, mientras que 4.35% muy alto.

Tabla N° 11: Índice de severidad de los factores de riesgo asociados al área de las relaciones familiares de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Índice de severidad por área	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0%
Moderado	0	0%
Alto	19	82.61%
Muy alto	4	17.39%
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). versión mexicana

En el área de la familia se observa que el índice de severidad alto lo constituye el 82.61% y el 17.39% un índice de severidad muy alto

Tabla N° 12: Índice de severidad de los factores de riesgo asociados al área de desempeño escolar de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Índice de severidad por área	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	3	13.04%
Moderado	7	30.43%
Alto	9	39.13%
Muy alto	4	17.39%
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). versión mexicana

En el área de desempeño escolar tenemos que el 39.13% tiene un índice de severidad alto mientras que el 30.43% un índice de severidad moderado, el 17.39% de los jóvenes tiene un índice de severidad muy alto y por último el 13.04% un índice de severidad bajo.

Tabla N° 13: Índice de severidad de los factores de riesgo asociados al área de presión grupal de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Índice de severidad por área	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0%
Moderado	4	17.39%
Alto	16	69.57%
Muy alto	3	13.04%
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). versión mexicana

En esta área se observa que los 69.57% de los jóvenes presentan un índice de severidad alto, mientras el 17.39% un índice moderado, luego tenemos que el 13.04% tiene un índice muy alto.

Tabla N° 14: Índice de severidad de los factores de riesgo asociados al área de actividades recreativas de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Índice de severidad por área	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0
Moderado	4	17.39
Alto	15	65.22
Muy alto	4	17.39
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Inadecuado de Drogas (Drug Use Screening Inventory). versión mexicana

En esta tabla observamos que el índice de severidad alta corresponde al 65.22%, luego tenemos el 17,39 que corresponde al índice de severidad moderada y muy alta

Tabla N° 15: Índice de severidad del área de Uso de drogas de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Índice de severidad por área	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	4.35%
Moderado	0	0%
Alto	17	73.91%
Muy alto	5	21.74%
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Inadecuado de Drogas (Drug Use Screening Inventory). versión mexicana

Con respecto al uso de drogas se observa que el 73.91, tiene un índice de severidad alta y 21, 74% tiene un índice de severidad muy alta.

Tabla N° 16: Índice de severidad de los factores de riesgo asociados a cada área de los jóvenes del Programa Ambulatorio adolescentes Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Factores Psicosociales	Índice de severidad por área
Conducta	6,6
Estados Afectivos y síntomas Psicopatológicos	5,6
Competencia social	5,3
Relaciones familiares	6,4
Desempeño escolar	5,3
Presión grupal	6,3
Actividades recreativa	6,0
Uso de drogas	6,7
ISG	6,0

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). Versión mexicana.

En la tabla N° 16 observamos que el índice de severidad global fue de 6,0 (alto). Además que el índice de severidad por área más alto fue el consumo de drogas con un 6,7, en cuanto a el área de la conducta obtuvo un 6,6, las relaciones familiares obtuvieron 6,4, mientras la presión grupal fue de 6,3, el área del ocio y recreación obtuvo un 6,0, para el área de Estados Afectivos y síntomas Psicopatológico se encontró con un 5,6 y finalmente la competencia social y el desempeño escolar ambas con un 5,3. (Ver anexo grafica N° 16).

Tabla N° 17: Índice de severidad global de los factores de riesgo de los jóvenes del Programa Ambulatorio adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Índice de severidad global		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0%
Moderado	2	8.70%
Alto	21	91.30%
Muy alto	0	0%
Total	23	100.00%

Fuente: DUSI: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas (Drug Use Screening Inventory). Versión mexicana.

En esta tabla se observa que de la muestra un 91.30% se encuentra en un nivel de riesgo alto y el 8.70% en un nivel moderado. (Ver anexo grafica N° 17).

XI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En esta fase del proceso investigativo se analizarán los diferentes resultados obtenidos en las variables del estudio, para ello iniciaremos analizando las características sociodemográficas de la población de estudio.

Características sociodemográficas

Entre los datos más observados con respecto al sexo la mayoría de los participantes son masculino y un mínimo porcentaje femenino. La literatura ha mostrado de forma recurrente que los hombres han mantenido consumos superiores a las mujeres en todas las sustancias disponibles, legales e ilegales.

En lo correspondiente a las edades encontradas en los jóvenes, podemos destacar que el rango de edad más significativa es de 15 a 17 años. Existe suficiente información epidemiológica para sostener que los púberes y adolescentes son los más vulnerables al consumo de sustancias legales e ilegales y drogas médicas, dado que su identidad se encuentra en un estado de formación. Podemos decir que estos jóvenes presentan un consumo de drogas en edades esenciales para el desarrollo humano donde hay importantes cambios físico, psicológico y social, lo que les hace ser personas vulnerables al consumo de drogas pues a esta edad se corre el riesgo que se incremente su consumo y se vayan probando sustancias mucho más fuertes y adictivas.

En lo concerniente a la procedencia de la población estudiada, la mayoría de los jóvenes provienen de diferentes barrios de Managua destacándose los barrios Camilo Ortega y Jorge Dimitrov, barrios caracterizados según estadísticas de la Policía Nacional (2010) por altos índices de violencia entre grupos juveniles, asaltos y violencia intrafamiliar.

En estos barrios la mayoría de las familias tienen un ingreso económico mensual que no cubren la canasta básica, generalmente el hogar es habitado por más de seis miembros y las viviendas donde habitan tienen condiciones precarias. Sin embargo

existen jóvenes provenientes de estos barrios que han podido obtener un desarrollo humano adecuado jugando un papel importante en ellos los factores de protección y resiliencia.

Según Hawkins (2002), explica que la pobreza está asociada a un aumento de la violencia y mayor desorganización comunitaria lo que contribuye a un aumento de la probabilidad de consumir drogas. No obstante, aun identificando la pobreza como un factor de riesgo para el consumo de sustancias, Jessor (1991) ha insistido mucho en el aspecto de la pobreza como un elemento importante para la prevención, porque reduciendo o eliminando la misma se podría reducir el consumo de drogas.

Con respecto al grado académico la mayoría de los jóvenes tienen aprobado el nivel de educación primaria y algunos poseen un nivel de primaria incompleta esta realidad puede ser producto de la falta de motivación y apoyo de parte de los familiares hacia estos jóvenes, lo que incide en la deserción escolar, de igual manera podemos destacar la pobreza existente en los hogares de estas personas pues esto conlleva a que los jóvenes se dediquen a la vida laboral desde edades muy temprana, otro factor de gran relevancia que incide en el bajo nivel académico de estos jóvenes es el mismo consumo de sustancia que genera dificultades en el proceso de aprendizaje causando frustración y deserción.

Según lo expresado por Soriano (1990) el consumo de drogas es menor entre aquellos jóvenes que asisten a la escuela. Soriano añade que los jóvenes estudiantes no solo están más protegidos contra el uso de drogas si no también que este se relaciona, ya sea como la causa o efecto de la deserción escolar. Otros autores incluyen entre las características de los adolescentes consumidores de drogas la prevalencia de mayores dificultades para adaptarse al medio escolar y bajo rendimiento académico.

En relación al estado civil de la población de estudio se destaca que la mayoría de ellos están en una condición de soltero y sin hijo, esto supone que los jóvenes están mostrando un sentido de responsabilidad y consciencia en relación a la paternidad (maternidad), pudiéramos destacar de igual manera el uso de preservativos para evitar embarazos no deseados y la prevención de las ITS .

Nicaragua es el primer país con más embarazos de adolescentes de América Latina. La maternidad y paternidad tempranas es una desventaja genérica en sociedades modernas, debido a que debilita la inserción y el logro escolar y se asocia a la incorporación precaria en el mercado de trabajos y cuentan con menor cantidad de recursos y capacidades para enfrentar los desafíos que implica la crianza, esto obliga al joven a buscar alivio del estrés en el consumo de drogas. Se puede decir que este componente teórico difiere con los resultados de la investigación pues la mayoría de la población se encuentran solteros y sin hijos.

Tipo de drogas y frecuencia de consumo

En relación al tipo de drogas y frecuencia de consumo encontramos que los jóvenes consumen mayormente tabaco con una frecuencia de consumo de tipo compulsivo, de igual manera se destaca el consumo de la marihuana de manera habitual.

Haciendo un análisis de los resultados podemos hacer inferencia en relación al consumo de tabaco de parte de la población de estudio, podemos destacar el precio del cigarrillo y su comercialización libre en cualquier lugar, lo que permite una fácil adquisición del mismo pues la edad no es una limitante para la venta de este producto.

Asimismo podemos destacar las características propias del tabaco que hacen que el joven lo consuma, la nicotina tarda solo siete segundos para que comience a liberar dopamina que hace que las persona se sientan bien, también esta sustancia es muy adictiva. Todo esto hace que los jóvenes tengan un consumo compulsivo de tabaco primero porque las condiciones son favorables para su comercialización y compra en el país y segundo por la gratificación que da en tan poco tiempo y su potencial adictivo.

El cigarrillo esta vinculados con una serie de enfermedades y tipos de cáncer debido a esto en las cajetillas encontraras una advertencia pero aun así su consumo es alto indicando que los jóvenes no tienen una percepción de riesgo.

La marihuana en nuestro país es una hierba ilegal, por lo menos existe un expendio de drogas en cada barrio del departamento de Managua lo que les permite a los jóvenes acceder a la sustancia.

La marihuana es una droga semi barata y se cree que el valor de esta es de diez córdobas por cada tila. Las características de esta sustancia también la hacen adictiva, el organismo la absorbe con facilidad y luego se presentan muchos estímulos percibidos por los sentidos, los eventos triviales les pueden parecer sumamente interesantes o graciosos. El tiempo parece pasar muy lentamente, los minutos parecen horas. Y a los jóvenes les encantan estas sensaciones, estas características y su valor es lo que hace que esta droga sea de preferencia para los jóvenes.

El consumo de tabaco y alcohol incrementa la probabilidad de consumir marihuana, de los que consumen marihuana una parte de ellos tiene una mayor probabilidad, respecto a los que no la consumen, de consumir otras drogas como la cocaína. Esto no significa que todos los que consumen marihuana pasen a consumir; sólo pasarán a consumirla una parte de ellos.

El tabaquismo es el comportamiento más común entre las personas jóvenes de todas las edades, y el que con más probabilidad afecta la salud debido a su prevalencia. Con respecto a la marihuana podemos recalcar que fue la droga que mayor incauto la Policía Nacional de Nicaragua, según el informe de gestiones 2017.

Todas estas investigaciones tienen concordancia con los resultados obtenidos en nuestro estudio, ya que las razones más comunes por las que esta población consume esta sustancia es la curiosidad y el deseo de formar parte de un grupo social aspectos que están vinculados al desarrollo social de los adolescentes. De igual manera es una forma de liberar tensiones producto de los conflictos sociales, familiares y personales.

Es común ver a un grupo de jóvenes consumiendo sustancias en las esquinas o cuadras del barrio lo que permite la asimilación de modelos generando una percepción adecuada en relación al consumo. Es un hecho que los jóvenes que ya fuman cigarrillos o beben alcohol corren mayor riesgo de fumar marihuana.

Por otra parte se encontró en la investigación que la mayoría de la muestra no utilizan inhalantes. ¿Quién no conoce la problemática de los niños o adolescentes huele pega?. El uso de inhalantes se popularizó en la década de los sesenta con adolescentes que olfateaban pegamento. Se le atribuía este consumo a la clase social pobre o marginada. Ya que se le considera una droga barata y accesible a estas poblaciones, los niños y adolescentes eran los que más utilizan estas sustancias.

Según un análisis de niños, niñas y adolescentes inhalantes en el 2001, en nuestro país entre los 80 y 90 era muy común ver a niños y a adolescentes consumidores de pega volviéndose una problemática nacional ya que era muy accesible conseguir el pegamento a partir de estos años se comenzaron a legislar leyes que prohibieran la venta a menor de edad de estas sustancias esto disminuyo su consumo ya que antes era habitual que se vendieran en cualquier pulpería minimizando su accesibilidad a ella.

Actualmente se le conoce como unas de las drogas de inicio ya que son las sustancias de primera opción en los consumidores de drogas, según vaya desarrollándose el adolescente probara otras drogas y dejara el consumo de inhalantes. El consumo de estas sustancia es muy peligroso en el primer consumo puede provocar la muerte. Al no haber datos específicos actuales no se podría decir si realmente ha disminuido el consumo de inhalantes en el país.

En la muestra de estudio prevalece un alto índice de jóvenes que no hacen uso de inhalantes a pesar de que en su mayoría proceden de barrios etiquetados como conflictivos, esto puede ser producto de dos aspectos que los jóvenes hayan utilizado inhalantes en edades menores y que actualmente lo hayan sustituido por otra droga o que nunca la hubiesen probado o la probaron una vez y no siguieron su consumo.

Otro elemento a mencionar es que el alcohol y el crack se consumen con igual porcentaje y con un consumo habitual. Lo más preocupante de los jóvenes que estén utilizando estas sustancias psicoactivas es que lo hacen de una manera recurrente que puede conllevarlos a una dependencia de estas drogas tanto física como psicológica.

El alcohol en nuestro país es una droga legal que tiene mucha publicidad en relación a su consumo, aunque está prohibida su venta para los menores de edad en muchos lugares no cumplen esta ley. A pesar de esto la cifra de consumidores no llega ni a la mitad esto podría deberse que a los jóvenes es gusta o prefieren otra droga posiblemente y los que están consumiendo otra droga no están consumiendo alcohol, mientras se aplicaba el instrumento de medición algunos muchachos verbalizaban que el alcohol era aburrido.

Con respecto al crack es una de las drogas más usadas en Nicaragua, se le domina droga de impacto de igual manera que la marihuana, su precio es accesible, sus propiedades adictivas son potentes, tiene efectos alucinógenos, se expende en los barrios de Managua y su uso más común es mezclarla con marihuana para crear lo que en nuestro país se llama popularmente bañado que es la droga más potente usada por los consumidores ya que la cocaína es cara.

Un estudio en España donde se investigó los factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia, demostró que en cuanto al consumo de alcohol, los jóvenes que beben más habitualmente es debido a que tienen actitudes favorables al consumo del mismo y aceptación por el grupo de iguales y a su vez consumen con frecuencia cannabis. El aumento en el consumo de alcohol puede adjudicarse a la alta disponibilidad en los países de nuestra región, su bajo precio y la gran promoción y publicidad de estas bebidas.

El medio social en el que se desenvuelven los jóvenes presenta una elevada permisividad hacia el alcohol y una producción masiva de mensajes favorecedores de su consumo a través de diversos medios, y por el contrario las intervenciones de promoción de salud tienen ciertas dificultades a la hora de generar mensajes realistas, compatibles con la experiencia y con argumentos contundentes.

De hecho, la historia de la primera experiencia de uso de alcohol o de drogas ilegales se ha caracterizado, a una edad temprana, por la experiencia de aliviar las tensiones en una situación familiar marcada por múltiples factores de riesgo, tales como diversas formas de maltrato. El papel de la madre, la influencia de un padrastro o madrastra y los

trastornos psicológicos son componentes importantes planteados. (Psicología de las Adicciones Vol. 1, 2012).

El Pbc o El crack es un estimulante altamente adictivo y poderoso derivado de la cocaína en polvo mediante un sencillo proceso de conversión. El crack se convirtió en droga de abuso a mediados del decenio de 1980. El crack produce euforia inmediata, cuesta poco producirlo, y es fácilmente accesible y asequible.

El perfil adictivo de estos jóvenes revela que el consumo más común es el habitual. En este tipo de consumo la droga juega un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que la consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente, dependiendo de la droga, la persona puede desarrollar una dependencia física o psicológica.

Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas, estas se consumen tanto en grupo como individualmente; sus efectos son bien conocidos y buscados por el usuario.

En relación a la severidad global del uso de drogas se observa que en esta población es alta. Según Hernández, et al. (2009) afirman que la experimentación temprana con tabaco, alcohol (antes de los 14 años) o cannabis (antes de los 15 años) se asocia a prevalencias más elevadas de consumo diario de tabaco y de cannabis, a patrones de alcohol abusivo en promedio diario y al policonsumo regular o consumo concurrente de 2 o más drogas en el último mes. También se asocia con consecuencias negativas provocadas por el consumo de alcohol o drogas en el ámbito académico, económico, familiar y social.

Factores psicosociales asociados al consumo de drogas

En los aspectos de más relevancias encontrados en los factores psicosociales asociados al consumo de drogas, nos refleja que el índice de severidad más alta fue las **relaciones familiares**, estos jóvenes no tiene un entorno familiar protector, más bien los problemas derivados de la dinámica familiar se convierten en un factor de riesgo

para ellos, como son el abandono por partes de uno de los padre o de ambos tanto físico como emocional, maltrato intrafamiliar, modelos de consumidores dentro de la familia, duelos no resueltos, por parte de los padres, normas de la familia sin establecimiento, falta de comunicación entre los miembros de familia y inexistencia de una figura de autoridad.

Los modelos de la familia ven el consumo de sustancias u otro tipo de problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar.

Otra área de mayor riesgo observada en el estudio es la **conducta** la cual interfiere en los jóvenes como un factor de riesgo, la crianza de estos jóvenes ha sido sin normas establecidas y sin respeto a las leyes esto implica que los jóvenes hubiesen aprendido ciertos comportamientos no aceptados por la sociedad tanto en la familia como en el grupo de amigos, entre estos comportamientos los más común son la agresividad, falta de empatía, poco control de las emociones, infracción de la leyes, aislamiento, consumo de alcohol y drogas, extroversión exagera y provocación de peleas.

El uso de drogas no siempre resulta en adicción, sin embargo, éstas tienen un efecto tal en la mente del individuo que la consume que normalmente siente la necesidad de utilizarlas nuevamente, hasta que se convierte en un vicio que puede originar conductas violentas y delictivas.

Los estudios relacionados con la conducta y el consumo de droga, están vinculados a la conducta antisocial. La relación entre las drogas y la delincuencia es tan estrecha para el sentido común, que fácilmente se considera como causa de la comisión de un delito violento el estar bajo la influencia de alguna sustancia que altere el organismo

Para algunos autores, el uso de sustancias forma parte de un conjunto de problemas comportamentales y obedece a leyes similares. Estudios recientes con adolescentes españoles han encontrado que una mayor presencia de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad es un potente predictor del consumo de drogas. Otras investigaciones muestran que tener relaciones con amigos

conflictivos y mostrar conductas violentas, está relacionado con la actitud favorable de consumo de sustancias (Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006).

La **presión grupal** es otra área de mayor riesgo que presentan los jóvenes, siendo los grupos a los que pertenecen los que promueven el consumo de drogas, la deserción escolar y la desobediencia a los padres y normas sociales.

En la adolescencia, la principal fuente de influencia vendrá representada por los amigos. Su papel como conformadores de hábitos y valores se convierte en crucial; se ha afirmado que los amigos constituyen la “institución socializadora por antonomasia” en la adolescencia (Fierro, 1985).

La teoría de los “clusters” de amigos de Oetting y Beauvais (1987) le da una especial relevancia a los procesos de aprendizaje dentro los grupos más próximos. Se hace principal hincapié en que la única variable con influencia directa sobre la conducta de consumo es la implicación con amigos consumidores. Otras variables como la estructura social, las características psicológicas del sujeto y la inadecuada relación de éste con las instituciones convencionales, son influencias más indirectas

No sólo los teóricos del desarrollo humano han puesto de relieve la potencia del grupo de amigos en la configuración del comportamiento adolescente. En el campo específico de la conducta desviada, ciertos marcos teóricos han convertido a los compañeros en pieza fundamental.

Debido a que los jóvenes en todas las áreas presentaron índice de severidad alto procederos a explicar el resto de los factores psicosociales de riesgo medidos por el instrumento.

En el área de **competencia social** estos jóvenes presentan poco dominio de las habilidades sociales básicas para mantener buenas relaciones con otras personas y resistir a la presión grupal, ellos tienen poca o nula asertividad, no hay respeto a las normas, no tienen la capacidad para resolver conflictos, no expresan de manera

adecuada sus emociones, estas características son las que les provoca desadaptación en la escuela, incurrir en la delincuencia y tener comportamientos agresivos.

Se ha visto que los jóvenes con una historia de dificultades de interacción desde la infancia (en concreto, timidez acompañada de actitudes agresivas) tienen una alta vulnerabilidad al consumo de drogas durante la adolescencia. Asimismo, en el área de la delincuencia se han encontrado resultados que avalan la relación entre la conducta problema y los déficits en habilidades sociales.

Las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. En este sentido, tanto las normas prosociales como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de la socialización primaria, de tal forma que la desviación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales.

En el área de **estados afectivos y otros síntomas psicopatológicos** los jóvenes también tienen un índice de severidad alto lo que indica que pueden estar padeciendo algún malestar emocional como la tristeza, inseguridad, ansiedad, depresión o síntomas de trastornos más graves ya sea producto del consumo o que estas circunstancias hicieron que el joven consumiera buscando alivio en las drogas.

El abuso de drogas puede provocar los síntomas de otra enfermedad mental. El hecho de que algunos usuarios de marihuana con vulnerabilidades preexistentes exhiban un mayor riesgo de desarrollar psicosis sugiere esta posibilidad. Los trastornos mentales pueden conducir al abuso de drogas, posiblemente como una forma de “automedicación”. Por ejemplo, los pacientes que sufren de ansiedad o depresión pueden depender del alcohol, el tabaco u otras drogas para aliviar temporalmente sus síntomas.

El **desempeño escolar** en los jóvenes es deficiente presentan bajo interés por su educación esto puede deberse a modelos de familia y grupos de amigos donde el estudio no es primordial, al consumo de sustancia que ha provocado deserción escolar

y frustración en el aprendizaje o a la pobreza que ha dificultado al joven la educación debido a que ha trabajado desde muy pequeño.

Los sujetos con conductas problemáticas y consumo de drogas tienden a mostrar un cierto desapego emocional respecto al entorno escolar, muestran actitudes más negativas hacia él, tienen expectativas negativas respecto a su éxito académico y perciben la educación académica como poco útil o irrelevante. En definitiva, parece que el “fracaso” por ajustarse a un medio que, precisamente, intenta promover estilos de vida convencionales, deja al adolescente en una situación de vulnerabilidad ante la conducta desviada.

Las **actividades recreativas** de estos jóvenes están dirigidas hacia el consumo es su actividad rectora, la reunión con los amigos consumidores en la esquina de la cuadra o en el parque y las fiestas los fines de semana.

Hablar de los jóvenes y el tiempo libre es hablar del fin de semana; y hablar del fin de semana lleva implícito hablar del consumo masivo tanto de alcohol como de otro tipo de drogas ilegales. Los jóvenes, en mayor o menor grado, consumen alcohol de forma masiva y gran parte de ellos ha experimentado con alguna droga ilegal (cannabis, cocaína y éxtasis, fundamentalmente); además, los índices de policonsumo observados entre los consumidores jóvenes son cada vez mayores.

En lo que se refiere al índice de severidad global de todas las áreas la gran mayoría de los jóvenes se encuentra en una severidad alta, en este rango de consumo ya se presentan problemas de salud, en el trabajo, la escuela o en casa con respecto al consumo de drogas. Por eso es que todas las áreas de estos jóvenes se encuentran en un nivel de severidad alto, esto indica que hay factores de riesgo en todas las áreas de la vida de los sujetos estudiados y también el consumo mismo está promoviendo más condiciones desfavorables en la vida de los jóvenes.

Una vez referido el análisis e interpretación de los resultados del proceso de investigación se da a conocer la propuesta del plan de intervención para trabajar las áreas con mayor índice de severidad las cuales están asociadas al riesgo de consumir drogas.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO

Introducción

Propuesta de un plan de intervención psicológico para trabajar los factores de riesgo psicosociales con mayor índice de severidad asociados al consumo de sustancias psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Este plan tiene como objetivo general proporcionar a las jóvenes técnicas psicológicas para afrontar los factores de riesgos psicosociales con efectividad para la superación de la problemática.

Este plan de intervención psicológico tiene sus bases en los hallazgos encontrados por medio del instrumento de medición, donde se trabajaran las áreas de mayor índice de severidad como es la conducta, relaciones familiares y presión grupal las cuales presentan mayores factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, no obstante estas sesiones también fortalecerán las otras áreas ya que se le dan a los jóvenes herramientas o técnicas que podrán utilizar para desarrollar sus habilidades psicológicas de forma óptima.

El plan de intervención psicológico tiene un enfoque ecléctico ya integra técnicas y procedimientos provenientes de distintos modelo de psicoterapia, su ejecución será de forma grupal y consta de 12 sesiones en donde se trabaja, cognición, afecto, conducta, introspección, resolución de problemas, asertividad y relajación, con una duración de dos horas.

Propuesta de un plan de intervención para los factores de riesgo psicosociales con mayor índice de severidad asociados al consumo de sustancias psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

Objetivo general: Proporcionar a las jóvenes técnicas psicológicas para afrontar los factores de riesgos psicosociales con efectividad para la superación de la problemática.

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
1	Cognición	Concientizar a los jóvenes a que adquieran un compromiso de cambio.	Técnica: entrevista motivacional breve grupal Técnica relajación Jacobson: relajación progresiva: entrenamiento a jóvenes para relajar voluntariamente ciertos músculos de su cuerpo y reducir los síntomas del estrés y ansiedad.	-Dinámica de presentación: conozcámonos. -Presentación del plan de intervención. Sobre los objetivos a alcanzar, logros del plan, ejes a intervenir, actividades que se realizarán, materiales a utilizar. Establecimientos de las normas de comportamientos. - utilización de técnica: entrevista motivacional breve grupal -Utilización de la técnica relajación Jacobson.	sillas o colchonetas Marcadores Cuadernos Lápiz Grabadora Música relajante	2:00 hora	Poner en práctica la técnica de relajación realizada en la sesión	

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
2	Cognición	Desarrollar en los jóvenes la capacidad autoreflexiva ante cualquier situación que se nos presente verificando nuestro propio estado interno.	<p>La introspección: El árbol de la vida:</p> <p>La introspección o percepción interna tiene como fundamento la capacidad reflexiva que la mente posee de referirse o ser consciente de forma inmediata de su propio estado.</p>	<p>-Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión.</p> <p>-Retroalimentación de la sesión anterior.</p> <p>-Orientación general sobre la actividad.</p> <p>.Realizar la actividad: El árbol de la vida.</p> <p>asumir que nuestro cuerpo representa un árbol que está creciendo, determinar que cuestiones de nuestra existencia pueden representar cada uno de estas partes</p> <p>-Retroalimentación conversatorio sobre la experiencia y la importancia de la introspección</p>	<p>Hojas de papel o Paleógrafo</p> <p>Lápiz y lápiz de colores</p>	2:00 hora		

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
3	Cognición	Ayudar a los jóvenes a la identificación y modificación de los pensamientos erróneos que experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.	Reestructuración cognitiva: Entronización de voces: La reestructuración cognitiva es una estrategia general de las terapias cognitivas conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos	-Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión. -Revisión de la tarea asignada en la sesión pasada. Orientación general Sobre la actividad. Utilización de la actividad: juego de roles: Entronización de voces. pensamientos automáticos negativos mientras que otra los contrarresta con pensamientos positivos .Retrealimentación de la actividad	Lápiz Hojas de papel	2:00 hora	Registrar los pensamientos negativos que se hubiesen generado a lo largo de la semana, así como los desafíos a esos pensamientos y cuáles serían los pensamientos positivos alternativos	

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
4	Cognitivo Conductual	Enseñar a los jóvenes a reconocer los recursos que poseen para abordar sus dificultades y a aumentar su sentido de control ante circunstancias negativas.	Resolución de problemas ayuda a las persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas .	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión. -Revisión de la tarea asignada -Actividad: jerarquía de problemas -Exploración de los problemas que tengan -Jerarquización de los problemas -Búsqueda de posibles soluciones -Toma decisión de la solución que mayor convenga -Retroalimentación de la actividad 	Lápiz Hojas de papel Plantilla de jerarquía de solución de problemas	2:00 hora	Poner en práctica las soluciones Observe y el resultado obtenido con su alternativa. Compare el resultado observado con el esperado.	

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
5	Afecto	Disminuir el impacto emocional de vivencias negativas ocurridas en la historia familiar de los jóvenes.	Imaginería: la silla vacía: Puede utilizarse para establecer un diálogo con una situación, un aspecto de la propia personalidad, o una persona no disponible.	<p>-Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión.</p> <p>-Revisión de la tarea asignada</p> <p>-Actividad: técnica de la silla vacía introduce a un estado de relación imaginación para rellenar con la presencia de tal persona, el espacio vacío de la silla establecimiento del dialogo con esa persona</p> <p>-Retroalimentación de la actividad.</p>	Sillas	2:00 hora		

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
6	Cognición	Reducir la manifestación de una conducta o cognición por medio de la identificación de la influencia que tiene los mandatos sobre nuestro comportamiento y pensamientos.	Cognición: mandatos familiares: Los mandatos familiares son parte de nuestro esquema de pensamientos y conductas es recomendable s identificarlos para un mejor desarrollo del ser humano. Técnica de relajación respiración abdominal Aprender a dirigir la respiración a la parte inferior de los pulmones para relajar cuerpo y mente.	Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión. Actividad: palabras mágicas reflexión sobre el rétaló sobre los mensajes recibidos por un niño de sus padres Retroalimentación de la actividad Técnica de relajación: respiración abdominal: respiraciones profundas dirigidas al lado inferior de los pulmones	Lectura de análisis	2:00 hora	Poner en práctica el ejercicio de relajación enseñado en la sesión	

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
7	Afecto	Desarrollar en los jóvenes la identificación en la estructura de su familia valorando como se sienten con cada integrante de ella.	Introspección: el arte de darse cuenta del funcionamiento y posicionamiento que tiene los miembros de nuestra familia Técnica de relajación Ritmo inspiración- expiración Aprender una adecuada alternancia respiratoria	-Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión. -Actividad: colocarse: Representada la posición de los familiares se le pide al alumno que se sitúe entre ellos. -Reflexión de donde te colocarías y por qué sentido, como percibes a cada miembro de tu familia. Retroalimentación de la actividad. -Técnica de relajación Ritmo inspiración- expiración. practicar la potencia de respiraciones de aspiración y expiración .Retroalimentación de la actividad	Sillas	2:00 hora		

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
8	Conductual	Reducir la aparición de una conducta por medio de redacción y aplicación de compromisos y contratos de comportamiento.	Redacción de contrato conductual: es un compromiso personal que el paciente debe de hacer sobre una conducta que quisiera modificar. Técnica de relajación: relajación condicionada la que se establece un condicionamiento asociando una a una palabra estado de relajación, conseguido por solo recordar o verbalizar la palabra o el pensamiento	-Presentación de objetivo -Orientación general Sobre la actividad. -Actividad: Redacción de contrato Hacer una lista de comportamientos problemáticos. Ordenar según nuestras prioridades. Elegir las conductas que empezaremos a modificar. -Retroalimentación de la actividad -Técnica de relajación: Práctica de la relajación condicionada		2:00 hora	Poner en práctica el contrato de modificación de la conducta. Escribir dificultades y logros.	

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
9	Cognitivo conductual	Disminuir mediante un viaje en el tiempo, alguna conducta negativas que se venga cargando del pasado.	I Imaginería: con esta técnica se puede trabajar problemas del pasado que han generado conductas problemas reviviendo las situaciones estresores de nuestro pasado.	.-Revisión del contrato de comportamiento -Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión -Actividad: cambiar mi pasado. Piensa en la conducta que quieres trabajar -Empieza a caminar por la línea de tiempo. Deja que surjan en tu memoria los momentos en que hayas tenido esta misma conducta. Regresa al presente y, mientras respiras, sal de tu línea de tiempo. -Retroalimentación de la actividad	Grabadora música relajante	2:00 hora	Poner en práctica el contrato de modificación de la conducta. Escribir dificultades y logros.	

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
10	Conducta	Desarrollar en los jóvenes la capacidad de expresar deseos, emociones o peticiones de manera adecuadas a los demás.	Juego de roles. La asertividad es la mejor herramienta para mejorar nuestras relaciones con las personas sabiendo cómo expresar nuestros derechos.	-Verificación del progreso del contrato de conducta. -Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión -Actividad: frases asesinas asertividad -Actividad: la piedra del camino -Retroalimentación de la actividad (5min)	Listado de frases	2:00 hora	Poner en práctica el contrato de modificación de la conducta. Escribir dificultades y logros.	

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
11	Cognición conductual	Desarrollar en los jóvenes la capacidad de aceptar o rechazar las demandas de los demás.	Juego de roles Es importante aprender a saber decir que no, de lo contrario perdemos el control de nuestra vida.	-Verificación del progreso del contrato de conducta. -Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión de -Actividad: tu controlas -Retroalimentación de la actividad		2:00 hora		

Sesión	Eje de intervención	Objetivo	Técnica (s)	Actividad	Materiales	Tiempo	Tarea asignada	Observación
12	Cognición	Evaluar en plan de intervención mediante la opinión de cada integrante con respecto a los resultados del trabajo de intervención realizado.	Introspección : darse cuenta de las modificaciones del comportamiento que sea tenido.	-Revisión del progreso de los jóvenes en todo las sesiones -Presentación de los objetivo a alcanzar en la sesión. -El completamiento de frases. 30min -Retroalimentación del proceso terapéutico	Papelografo Pizarra Marcadores	2:00 hora	Poner en practica todos los ejercicios técnicas realizados en las sesiones	

Técnicas utilizadas

Con base de los resultados obtenidos en la evaluación, se decidieron implementar los siguientes procedimientos:

1. Entrenamiento en relajación: Con la finalidad de entrenar a los jóvenes en la relajación para que mediante estas técnicas puedan hacerle frente a la tensión en las situaciones en las que tengan problema y esto les genere estrés y ansiedad.
2. Reestructuración cognitiva: Con el fin de alterar las creencias negativas que tienen sobre su persona y capacidades, que pueden estar interfiriendo en el desarrollo óptimo de su psiquis.
3. Entrenamiento asertivo: Con el fin de establecer conductas asertivas para que ellos logren manifestar sus emociones, desacuerdos, decisiones, etc. de manera positiva, sin necesidad de agredir o lastimar a las personas de su entorno. Esto ayudara a mejorar las situaciones familiares de favorables y disminuir la influencia del grupo.
4. Resolución de problemas: Con el objetivo de que los jóvenes puedan encontrar alternativas de soluciones a sus problemas y puedan utilizar esta técnica en su vida diaria.
5. Modificación de la conducta: con el fin de eliminar conductas que estén provocando gran malestar o desadaptación del joven en su entorno próximo ya sea en la escuela o en el seno de la familia en cuando.

Descripción de las sesiones del plan de intervención psicológico

Objetivo: Concientizar a los jóvenes a que adquieran un compromiso de cambio.

Sesión 1

Actividad 1: Dinámica de presentación: conozcámonos (25 min).

Cada uno elegirá al compañero que menos conozca y ambos dialogarán: ¿Cómo se llama?, ¿Qué le gusta hacer?, etc., (Durante 3 minutos) Cada dúo elegirá a otro dúo y dialogarán sobre las mismas preguntas; después cada cuarteto busca otro cuarteto y dialogan. Así hasta que sucesivamente todos se conozcan y se forme un grupo con todos los participantes.

Actividad 2: Presentación del plan. (15min)

Información a los jóvenes de:

- Los objetivos del plan
- Logros del plan
- Ejes a intervenir.
- Actividades que se realizaran
- Materiales a utilizar

Su puede hacer la preparación por medio de Power Point

Actividad 3: Establecimientos de las normas de comportamientos. (15 min)

Se les pedirá a los jóvenes que piensen sobre las normas que debe de tener el grupo para un óptimo desempeño y entre todas las aportaciones se consolidaran las normas en forma de lluvia de ideas.

Actividad 4: Utilización de técnica: entrevista motivacional breve grupal. (35 min)

Se les debe de mostrar a los jóvenes las consecuencias que han tenido debido al consumo y como podrían mejor.

- 1) Preguntarles a los jóvenes sobre el consumo de drogas en general.
- 2) Preguntarles la frecuencia en que están consumiendo.
- 3) Preguntar sobre el estilo de vida que están llevando.
- 4) Preguntarles si han tenido problemas de salud y luego establecer un posible relación entre el deterioro físico y el consumo de drogas.
- 5) Bríndales información sobre las consecuencias de las drogas y averigua la opinión de ellos.
- 6) Pregúntales si tiene alguna preocupación sobre su consumo de droga.
- 7) Pregúntales si les gustaría dejar de consumir drogas
- 8) Pregúntales como creen que sería su vida si nunca hubiesen consumido drogas.
- 9) Motivarlos al cambio.

Actividad 5: utilización de la técnica relajación Jacobson: relajación progresiva. (30 min)

Desarrollo

La Relajación progresiva Jacobson

Posición inicial: Cierra los ojos, siéntate cómodo o acuéstate en una colchoneta lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.

1º FASE: Tensión-relajación.

• Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos): o Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente. Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente. Nariz: Arrugar unos segundos y relajos lentamente. Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente. Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente. Mandíbula: Presionar los

dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente. Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.

Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente. o Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.

- Relajación de brazos y manos. Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente.

- Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.

- Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla): o Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros. o Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente. Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente. Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

2ª FASE: repaso.

- Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

3ª FASE: relajación mental. • Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante.

Tarea asignada: Cada vez que te sientas tenso realiza el ejercicio de relajación practicado en la sesión. Unos 5 min.

Sesión 2

Objetivo: Desarrollar en los jóvenes la capacidad autoreflexiva ante cualquier situación que se nos presente verificando nuestro propio estado interno.

Actividad 1: Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión. (15 min)

Se les explicara a los jóvenes el objetivo a cumplir en esta sesión.

Actividad 2: Retroalimentación de la sesión anterior. (15 min)

Motivar a los jóvenes a realizar el ejercicio de relajación ejecutado la sesión pasada.

Actividad 3: Orientación general Sobre la actividad. (15 min)

Dar las orientaciones sobre la actividad.

Actividad: El árbol de la vida. (45min)

EL ÁRBOL DE LA VIDA

Desarrollo

Consiste en asumir que nuestro cuerpo representa un árbol que está creciendo desde que nacimos y como tal eso se debe al funcionamiento de sus estructuras: RAÍCES, TRONCO, RAMAS, FLORES Y FRUTOS.

La tarea consiste en determinar que cuestiones de nuestra existencia pueden representar cada una de estas partes atendiendo a sus funciones naturales en un árbol verdadero. Es decir, ¿Qué nos ha fijado y que permite alimentarnos? (raíces), ¿Qué nos sustenta y permite pasar los alimentos que recibimos para la vida? (tronco). ¿Mediante qué mantenemos el intercambio con el medio? (ramas). ¿Cuáles constituyen nuestras germinaciones potenciales? (flores). ¿Qué cosa pudieran considerarse productos de nuestra existencia? (frutos).

Si algunos lo prefieren pueden hacer dibujos que simbolizen sus experiencias

Retroalimentación de la sesión. (30min)

Que los jóvenes hablen sobre su experiencia y el terapeuta les explique la importancia de conocerse por medio de la introspección.

Tarea asignada: En el cuaderno de registro, escribir todos los pensamientos que han tenido en la semana que les han provocado malestar emocional como sentir triste

Sesión 3

Objetivo: Ayudar a los jóvenes a la identificación y modificación de los pensamientos erróneos que experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas

Actividad 1: Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión. (15 min)

Se les explicara a los jóvenes el objetivo a cumplir en esta sesión.

Actividad 2: Revisión de la tarea asignada en la sesión pasada (15 min)

Conversar con los jóvenes sobre los pensamientos que han tenidos y les causado sentirse mal en el transcurso de la semana.

Actividad 3: Orientación general Sobre la actividad. (15 min)

Breve explosión de la restructuración cognitiva y pasos para lograrlo.

Actividad 4: Dinámica juego de roles: Entronización de voces. (45 min)

Consiste en que una persona dice en voz alta los pensamientos automáticos negativos mientras que otra los contrarresta con pensamientos alternativos positivos; ¿cómo vería un observador externo esta situación? , ¿qué evidencia tengo de que mi interpretación sea la única para la situación?, ¿cuál podría ser una explicación alternativa?.

El ejercicio se lleva a cabo a través del juego de roles, en donde:

- a) El joven, que juega el rol de negativa, emplea el pronombre "tu" ("tú nunca harás las cosas bien").
- b) El terapeuta juega el rol de positivo, utilizando el pronombre "yo" ("yo hago algunas cosas bien"). Después los roles se invierten.

El empleo del pronombre "tu", parte de la voz que representa los pensamientos negativos atiende a los propósitos. Primero, es más fácil reconocer distorsiones cuando éstas se aplican a una persona diferente de uno mismo. Segundo, utilizar "tu" como acusación hace que resulte más fácil para una persona el representar el rol positivo que le permita contrarrestar la falta de lógica que encierra esa afirmación cuando esos pensamientos han sido abandonados por su dueño. El empleo del "yo" está dirigido a promover la identificación de un modo de pensamiento más racional y ayudar a la persona que habla a interiorizar un marco de actitudes más funcional.

Actividad 5: Retroalimentación de la actividad (30 min)

De forma voluntaria que los jóvenes expresen como se sintieron con la actividad ventajas y desventajas.

Tarea asignada: registrar las situaciones albarsas (problemas) que se les presentaron durante la semana.

Sesión 4

Objetivo: Enseñar a los jóvenes a reconocer los recursos que poseen para abordar sus dificultades y a aumentar su sentido de control ante circunstancias negativas.

Actividad 1 Presentación del objetivo. (15 min)

Se les explicara a los jóvenes el objetivo a cumplir en esta sesión.

Actividad 2: Revisión de la tarea asignada. (15 min)

Conversar con los jóvenes sobre los problemas que tuvieron en esta semana cual fue su forma de solucionarlos.

Actividad 3: Jerarquía de problemas de. (1 hora)

Desarrollo

1. Piense en los problemas que tiene (tanto en los poco relevantes como en los muy relevantes) que tiene usted ahora. Cuando tenga clara la existencia cotidiana de los problemas y los identifique claramente pase a la segunda fase.
2. Indique el problema o problemas que tiene en la actualidad y su nivel de gravedad, en una escala de 0 (nada) a 10 (muchísimo). Escríbalos en la plantilla que se la dado.
3. Generación de soluciones alternativas. Generar todas las soluciones que tengas sus problemas.
4. Toma de decisión: decide cual es la solución que mejor te vendría para solucionar el problema.

Luego se pedirá a los jóvenes leer su problema y soluciones en voz alta. Voluntariamente.

Actividad 4: Retroalimentación de la actividad. (30 min)

Motivar a los jóvenes a practicar las soluciones encontradas y que ellos expresen su experiencia.

Tarea asignada: Poner en práctica las soluciones y verificar si en la vida real es efectivamente. Observe su conducta y el resultado obtenido con su alternativa. Compare el resultado observado con el esperado. Si ha conseguido un solucionar un problema satisfactoriamente. Todo esto ir anotándolo en el cuaderno de registro.

Plantilla de resolución de problema.

- Problema 1

Soluciones _____

Decisión _____ de
solución _____

Como llevar la acabo _____

- Problema 2

Soluciones _____

Decisión de solución _____

Como llevarla a cabo _____

Sesión: 5

Objetivo: Disminuir el impacto emocional de vivencias negativas ocurridas en la historia familiar de los jóvenes

Actividad 1: Presentación de objetivo. (15 min)

Explicación a los jóvenes del objetivo a alcanzar en la sesión.

Actividad 2: Revisión de la tarea asignada. (25 min)

Evaluación sobre las soluciones encontradas a los problemas y si es necesario se debe volver a ser a reestructurar la solución para modificar la soluciones.

Actividad 3: técnica de la silla vacía. (50 min)

Desarrollo

Se le pedía a los jóvenes que cierren sus ojos, se les introduce a un estado de relación luego. Se le pide al joven imaginar a alguien significativo padre o madre o algún miembro de su familia con quien tenga un problema no resultado o un duelo no resultado.

El joven utiliza su imaginación para rellenar con la presencia de tal persona, el espacio vacío de la silla. El terapeuta le pide primero que lo describa físicamente para darle fuerza a tal imagen y presencia, dirige la intervención hacia el momento de mayor intensidad emocional, detiene el proceso y facilita la toma de contacto. El paciente se comunica directamente con la persona imaginada en la silla. El terapeuta sigue muy de cerca este dialogo, haciendo énfasis en el presente, en el sentimiento y en el cuerpo del paciente, alentando la expresión de emociones, y fortaleciendo el awareness (darse cuenta).

Actividad 4: Retroalimentación de la actividad. (35 min)

Comunicarles a los jóvenes sobre la importancia de esta técnica, la importancia de tener un diálogo con alguien con quien no hay buena comunicación o alguien que ya no está físicamente y que ellos comenten sobre su experiencia.

Sesión 6

Objetivo: Reducir la manifestación de una conducta o cognición por medio de la identificación de la influencia que tiene los mandatos sobre nuestro comportamiento y pensamientos

Actividad 1: Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión. (15 min)

Explicación a los jóvenes del objetivo a alcanzar en la sesión.

Actividad 2: Actividad palabras mágicas. (50 min)

Desarrollo:

Tomando como referencia el cuento de A. Gómez Cerdá "*Palabras mágicas*", se procederá a identificarse con algunas imágenes literarias y personajes muy sugerentes del relato. En esencia se trata de la historia de un adolescente que es tratado como un niño al que su madre muestra poco respeto. El desenlace ocurre cuando la propia mamá presencia la misma actitud que ella tenía para con su hijo por sus amigos, comprendiendo entonces las dificultades que existía en la comunicación entre ambos.

La animación a la lectura dará lugar a valoraciones críticas de la conducta de padres e hijos. Se sugiere que se argumenten las valoraciones con experiencias personales.

Discusión:

Se harán declaraciones y juicios que se convertirán en MENSAJES A LOS PADRES, lo que puede decidirse a enviar a algunos de los padres en nombre del grupo, colocar en lugares públicos, entregar a redacciones de publicaciones para jóvenes, hacerlo llegar a

instituciones educacionales e incluso del gobierno de la localidad. También esta actividad puede ejecutarse con los padres solo siguiendo los mismos procedimientos.

Las palabras mágicas. Autor: A. Gómez Cerdá.

Ramón era un niño alto y grande, muy crecido para su edad, de ojos grandes, a veces incisivos, a veces distantes, un largo flequillo castaño le llegaba hasta las cejas y... y... no se me ocurre nada más. ¡Ah sí! Resulta que era malísimo, rematadamente malo. Bueno... eso exactamente. ¿Cómo podría explicárselos? Lo que quiero decir es que Margarita, su madre decía a todo el mundo:

- Tengo el peor hijo de todos los hijos -*solía comentar a cualquiera*- me van a matar a disgustos.
- Mujer, es sólo un muchacho -*solía disculparse el interlocutor de turno*.
- Es travieso, desobediente, mentiroso, respondón, holgazán bruto, sucio, vago,... y meón.
- ¿Meón?
- Enuresis infantil, dice el doctor.
- Pamplinas, ¡digo yo! ¡Lo que me faltaba!

Sí, a pesar de lo grande que lo ves. Ramón, déjate la nariz, ¡cochino!

Margarita era una de esas madres que hablan tanto, tanto, que a menudo se olvidan de escuchar, su imaginación era tan grande que los amigos lo buscaban siempre a la hora de divertirse. Ramón se encuentra muy a gusto con ellos, pero en casa no hay solución.

La madre lo lleva al médico y al psicólogo pero no se arregla nada. Hasta que sus amigos deciden llevar a cabo su plan:

Ramón se va quedando progresivamente mudo, ciego y sordo.

- ¡Silencio, cállate de una vez! ¡No quiero volver a oírte! -*dijo la madre*

Y Ramón no habló más, después dejó de leer cuentos que tanto le gustaban, y dejó de escuchar la radio su último refugio. Comenzó a comer hasta incharse se puso gordísimo como un globo. Y sus amigos entraron en la habitación, inflaron un globo y pintaron en él la figura de Ramón. Lo echaron al aire y llamaron a la madre...

Todos los niños observaban a Margarita, quien, de repente, se quedó en silencio, y se tapó los ojos con las manos abiertas. Así permaneció durante unos instantes.

Era una reacción un poco extraña, al menos ninguno de los niños lo esperaba, ni siquiera el Cipri. ¿Qué había sucedido? Algo muy sencillo. Margarita, en ese instante preciso había comprendido un montón de cosas a la vez, así, de golpe y porrazo. Pasa algunas veces, lo aseguro. Fue como si en su cerebro se encendiese una luz brillante. Entonces, y entre el desconcierto de los niños, se volvió hacia el armario y dijo:

- ¡Qué torpe somos a veces los mayores, qué torpe he sido contigo! Nunca te he querido escuchar, pensé que eras demasiado pequeño. Perdóname Ramón, perdóname hijo mío.

Eran las palabras mágicas. Se abrieron las puertas del armario y Ramón salió. Estaba muy serio, las lágrimas a punto de saltarle de los ojos, y la cabeza agachada, se acercó a su madre y le dijo:

- Me he portado mal contigo, se que te he hecho sufrir, pero no quería hacerlo, perdóname mamá.

Eran las palabras mágicas.

Lo que sucedió después cualquiera se lo puede imaginar. Fue un final feliz sobre todo porque desde aquel día los dos aprendieron a pronunciar las palabras mágicas.

¡Ah al día siguiente pudieron continuar el apasionante juego de piratas!

Actividad 2: Retroalimentación de la actividad (30 min).

Se conversara con jóvenes conversaran sobre la experiencia en la actividad.

Actividad 5: Técnica de relajación: respiración abdominal: Respiraciones profundas dirigidas al lado inferior de los pulmones (35 min)

Desarrollo

Se les indica a los jóvenes que deben sentarse cómodamente. Antes de empezar expulsa a fondo el aire de tus pulmones varias veces, si quieres haciendo algunos suspiros, con el fin de vaciarlos bien de aire residual, lo cual automáticamente provocará la necesidad de inspirar más profundamente.

Una vez provocado este impulso de respiración profunda, inspira llevando el aire “hacia tu abdomen” como si quisieras empujar hacia arriba las manos posadas en él. Mientras más extiendas el diafragma y más profundo respires, más se “hinchará” tu vientre.

Retén unos instantes el aire en tus pulmones

Cuando sientas la necesidad de expulsar el aire, hazlo relajando tu vientre (este se “desinflará” y las manos bajarán con él). Y al final de la exhalación empuja voluntariamente el diafragma hacia los pulmones para expulsar todo el aire.

Quédate un instante con los pulmones vacíos, sintiendo cómo te vas relajando, y en cuanto sientas nuevamente el impulso de inspirar, hazlo profunda y lentamente volviendo a llenar tus pulmones mientras tu abdomen sube. Repetirlo unas 5 veces.

Tarea asignada: Poner en práctica el ejercicio de relajación enseñada en la

Sesión 7

Objetivo: Desarrollar en los jóvenes la identificación en la estructura de su familia valorando como se sientes con cada integrante de ella.

Actividad 1: Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión. (15 min)

Se le explicará a los jóvenes el objetivo a alcanzar en la sesión.

Actividad 2: Actividad colocarse. (1 hora)

COLOCARSE

Desarrollo:

Se le plantea al grupo que en esta actividad tendrán la oportunidad de representar a su familia colocando imaginariamente a los miembros de esta en el lugar de la casa que prefieran y en determinada posición.

Para ello utilizarán a los compañeros del grupo que consideren necesarios para su representación y los ubicarán en el lugar que en su opinión deben ocupar. Una vez representada la posición de los familiares se le pide al alumno que se sitúe entre ellos. ¿Donde te colocarías?

Luego se solicita que represente nuevamente a su familia pero de otra forma, ya sea en otro momento o lugar y donde se colocaría él en esta situación.

Cada participante al colocar a su familia debe explicar como la percibe:

- *Por el oído:* Ruidos, peleas, discusiones, palabras cariñosas, etc.
- *Por la vista:* Aspecto del hogar, ropas, gestos, limpieza, color, etc.
- *Por el tacto:* Caricias, golpes.
- *Por el gusto:* Comidas, bebidas, etc.
- *Por el olfato:* Olores en la casa, alrededores, etc.

Se deben hacer preguntas acerca de las razones por las cuales coloca a cada miembro de la familia y al mismo en ese lugar o posición.

Actividad 3: Retroalimentación de la actividad (30 min)

Se les preguntará a los jóvenes las siguientes sobre su experiencia durante la actividad.

Actividad 4: Técnica de relajación Ritmo inspiración-expiración (15 min).

Siéntate cómodo. Este comienza dando una larga y lenta inhalación, seguida de una rápida y poderosa exhalación generada desde la parte de abajo de la panza. Una vez que estés cómodo con esta contracción, sube el ritmo a un inhalar-expirar (todo por la nariz) cada 1 o 2 segundos, por un total de 10 respiraciones.

Sesión 8

Objetivo: Reducir la aparición de una conducta por medio de redacción y aplicación de compromisos y contratos de comportamiento.

Actividad 1: Presentación de objetivo a alcanzar en la sesión. (15 min)

Explicación a los jóvenes del objetivo a alcanzar en la sesión.

Actividad 2: Orientación general Sobre la actividad. (25 min)

- Elementos del contrato.
- Reglas del contrato.
- Importancia del contrato.

Actividad3: Redacción de contrato (40 min)

Desarrollo

- Hacer una lista de comportamientos problemáticos.
- Ordenar según nuestras prioridades.
- Señalar las conductas que empezaremos a modificar. Aconsejamos empezar por las menos complicadas o menos frecuentes, ya que la probabilidad de éxito aumentará y ello motivará al adolescente.
- Comenzar con una o dos conductas y olvidar las restantes.
- El adolescente en conjunto con el terapeuta encontrará una estrategia para modificar esa conducta.

- Revisar periódicamente la evolución del adolescente, la eficacia de la técnica elegida y los posibles fallos que puedan estar interfiriendo Insistiendo.

Actividad 4: Retroalimentación de la actividad. (20 min)

Motivar a los jóvenes a la ejecución del contrato de modificación de conducta.

Actividad 5: Técnica de relajación: Práctica de la relajación condicionada. (30 min).

Siéntate o tumbate en una posición muy cómoda. Repasa mentalmente tu cuerpo y lo relajas. Cuando notes tu cuerpo totalmente relajado dirige tu atención a la respiración y sintoniza su ritmo (no intentes cambiarlo). Ahora, justo antes de inspirar piensa en la palabra “inspiro”... y justo antes de exhalar pienso en la frase “me relajo. Hacer 10 repeticiones.

Tarea asignada: Poner en práctica el contrato de modificación de la conducta.

Sesión 9

Objetivo: Disminuir mediante un viaje en el tiempo, alguna conducta negativas que se venga cargando del pasado.

Actividad 1: Revisión del contrato de comportamiento. (20 min)

Conversar con a los jóvenes sobre su progreso o dificultades con el contrato de modificación de conducta.

Actividad 2: Presentación de objetivo alcanzado en la sesión (15 min)

Explicación a los jóvenes del objetivo a alcanzar en la sesión.

Actividad 3: cambiar mi pasado. (55 min)

Desarrollo

Este ejercicio sirve para eliminar sentimientos de inseguridad, miedo y agresividad que causan conflictos en la vida de las personas. Dichos sentimientos pueden surgir en cualquier momento y provocan que las conductas no sean las más asertivas, y que se conviertan en hábitos que traen muchos problemas. Por ejemplo, una mamá o papá aprehensivo, gritón, enojón, desconfiado, etc.

Normalmente estos comportamientos se originaron en el pasado y siguen funcionando en el presente, la mayoría de las veces sin control. Con este ejercicio se pretende ir al momento en que se instalaron para así poder manejarlos.

Instrucciones para los jóvenes:

- 1) Piensa en la conducta que quieres trabajar. Evoca una escena reciente en donde la hayas tenido.
- 2) Marca en el suelo una línea imaginaria del tiempo, y coloca un papel donde quieras poner tu presente, otro en tu pasado y otro en tu futuro.
- 3) Ahora coloca esta escena en el presente, da un paso al frente y métete en ella (ASÓCIATE). Observa y escucha bien lo que pasa. Respirando profundamente cierra los ojos y date cuenta de lo que sientes en ese momento.
- 4) Empieza a caminar por tu pasado lentamente y deja que surjan en tu memoria los momentos en que hayas tenido esta misma conducta. Cada vez que aparezca uno, detente, respira profundamente, y fíjate bien en lo que sucede en esta escena. Continúa retrocediendo en el tiempo hasta encontrar la experiencia más antigua que recuerdes asociada con esta conducta y este sentimiento. Toma tu tiempo y respira.
- 5) Detente y revive esta escena brevemente. Ve, escucha y siente lo que pasa. Respira profundamente ¿Qué edad tienes aquí? ¿Eres niño(a) o adolescente? ¿Quién está contigo? ¿Qué está sucediendo? ¿Qué RECURSOS (como paciencia, tolerancia,

flexibilidad, apoyo, seguridad, amor) debería haber tenido esta persona para que tú, siendo niño(a) o adolescente, no te sintieras de esta manera?

6) Sal de tu línea de tiempo (disóciate) y colócate frente a la escena como si pasaras una película de ese suceso y hazte las siguientes preguntas: ¿Cómo debería haber ocurrido esta escena para que no se presentara el conflicto? Respecto a la persona involucrada, ¿cuál crees que haya sido su intención positiva para actuar de esa manera? Si quieres, puedes preguntarle desde aquí. ¿Qué RECURSOS (paciencia, tolerancia, flexibilidad, seguridad, apoyo, amor, entre otros) debería haber aplicado esta persona con ese niño(a) o adolescente para que no se sintiera y actuara de esta manera? ¿Qué RECURSOS hubiera necesitado este niño(a) o adolescente en ese momento para que sus sentimientos y conductas hubieran sido diferentes?

7) Piensa en los RECURSOS que se necesitaron aquí, en todos ellos, cierra los ojos y respira profundamente.

8) Piensa ahora en un momento de tu vida en el que hayas tenido estos RECURSOS y métete en esa experiencia cerrando los ojos. Accede a ellos. Tócate el pecho en el momento que los sientas con más intensidad.[El guía toca en este momento el hombro de la persona que está realizando el ejercicio y sostiene su mano en él anclándola.]

9) Ahora, con tu mano en el pecho [y el guía con su mano en tu hombro], entra a tu línea de tiempo (ASÓCIATE) en esa situación y dale a la persona que está contigo todos los RECURSOS que le faltaron. Respira profundamente y revisa tus sentimientos INTEGRÁNDOLOS a tu pecho. ¿De qué manera se modifica esta escena y cómo te sientes?

10) Camina lentamente hacia tu presente con la mano en el pecho, respirando profundamente de vez en cuando y con la mano de tu guía en el hombro. Detente en los momentos en que habías tenido memoria de esa conducta, respira profundamente, y continúa hasta llegar a tu presente.

11) Al llegar a tu presente, date cuenta de cómo te sientes y voltea hacia el futuro. Desde aquí, ¿cómo lo ves? Camina hacia él con esta sensación placentera. Al llegar, respira profundamente y cierra los ojos.

12) Regresa al presente y, mientras respiras, sal de tu línea de tiempo.

El trabajo posterior a este ejercicio consiste en respirar profundamente y tocarse el pecho en momentos difíciles, pensando que se tienen los RECURSOS necesarios para salir airoso

Actividad 3: Retroalimentación de la actividad. (30 min)

Conversatorio sobre la experiencia de los jóvenes en esta actividad.

Sesión 10

Objetivo: Desarrollar en los jóvenes la capacidad de expresar deseos, emociones o peticiones de manera adecuadas a los demás.

Actividad 1: Verificación del progreso del contrato de conducta. (20 min)

Conversar con a los jóvenes sobre su progreso o dificultades con el contrato de modificación de conducta.

Actividad 2: Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión. (10 min)

Explicación a los adolescentes del objetivo a alcanzar en la sesión.

Actividad 3: Frases asesinas afectividad (30 min)

Desarrollo

Para ello se presentará el listado de frases asesinas, proponiéndoles completar la lista con otras frases que aporte el alumnado y posteriormente reflexionando sobre si son adecuadas para la comunicación y por qué.

El terapeuta explica en qué consisten los mensajes yo , y en parejas se ensaya la producción de mensajes tú y mensajes yo a partir de situaciones simuladas

En gran grupo se resumen las conclusiones pretendiendo que reflexionen sobre ventajas e inconvenientes de cada uno de los mensajes vistos, facilidad o dificultad para redactarlos, ayuda que nos pueden proporcionar para comunicarnos mejor...

Listado de frases asesinas:

- * Contigo no se puede dialogar.
- * No haces más que repetir y repetir.
- * Eres un/a fantasma
- * ¡Siempre haces lo mismo!
- * De este asunto no entiendes absolutamente nada.
- * Mira, no me enrolles.
- * Dilo tú, que lo sabes todo.
- * A veces, te preocupas más de los demás que de tu familia
- * Estás loco/a; hazlo tú si quieres.
- * No te quiero ver con ese/a sinvergüenza de amigo/a que tienes
- * Pareces tonto/a, hijo/a. ¿Por qué no saludaste ayer?
- * No me traigas a nadie a casa. ¡Vete tú a saber con qué compañías andas.

Actividad 4: Quitando "Las Piedras" del Camino. (30 min)

Desarrollo

Cada joven anota en una hoja 3 expresiones que hayan recibido de su grupo y que los haya puesto en una situación difícil, porque estaba en contra de sus deseos.

Luego, entre todos escogen 6 situaciones de las escritas, para someterlas a discusión.

Cada situación de presión grupal se analiza con la intervención de todos, con la exposición verbal de las alternativas que encuentran para no ceder a la presión.

Se finaliza fijando los siguientes conceptos:

- La presión negativa del grupo es definitivamente "piedras" en el camino hacia nuestras metas.
- Saber decir "NO" es un derecho que debemos ejercer.
- Que no debemos sentirnos "culpables" por los problemas con los que otros nos presionan.
- La persona que nos aprecia debe manifestarlo respetando nuestras decisiones.

Actividad 5: Retroalimentación de la actividad (30 min)

Expresarles a los jóvenes la importancia del pensamiento racional y lógico para una conducta asertiva y que ellos expresen su experiencia en las actividades.

Tarea asignada: evaluar su progreso sobre el contrato redactado, escribir en el cuaderno e registro.

Sesión 11

Objetivo: Desarrollar en los jóvenes la capacidad de aceptar o rechazar las demandas de los demás

Actividad 1: Verificación del progreso del contrato de conducta. (25 min)

Conversar con a los jóvenes sobre su progreso o dificultades con el contrato de modificación de conducta.

Actividad 2: presentación del objetivo a alcanzar en la sesión. (15 min)

Explicación a los jóvenes del objetivo a alcanzar en la sesión.

Actividad 3: Tú controlas (1 hora)

Desarrollo

El dinamizador/a debe buscar 5 o 6 voluntarios del grupo para que salgan de la sala con el objetivo de prepararse el caso que se les plantea y representarlo a sus compañeros/as.

Es importante que el dinamizador asigne los personajes teniendo en cuenta la personalidad de los jóvenes.

El resto de compañeros tendrán que observar la representación y recoger los aspectos significativos de los personajes y del transcurso de la situación. A medida que la representación vaya avanzando, el dinamizador/a podrá dar nuevas instrucciones para enriquecer el debate.

CASO: Un grupo de amigos/as está reunido en la plaza del pueblo donde siempre quedan antes de ir a la discoteca. Dos amigos/as del grupo ya han consumido en varias ocasiones cocaína y ofrecen a los demás ya que creen que así la noche será mejor.

PAPELES DE LOS PERSONAJES:

Dos personas que ofrecen droga tendrán tratando de convencer a los demás.

Dos personas deben rechazarla y mantenerse firmes en su decisión.

Dos personas tras su negativa inicial empiezan a tener dudas entre aceptar o no.

Actividad 4: Retroalimentación de la actividad (25 min)

Expresarles a los jóvenes la importancia la ser decir no ante algo que no queremos hacer, concientizarlos a defender sus derechos. Que los jóvenes expresen si algunas vez estuvieron en esa situación y como actuaron.

Sesión 12

Objetivo: Evaluar en plan de intervención mediante la opinión de cada integrante con respecto a los resultados del trabajo de intervención realizado.

Actividad 1: Presentación del objetivo a alcanzar en la sesión. (15 min)

Explicación a los jóvenes del objetivo a alcanzar en la sesión.

Actividad 2: El completamiento de frases. (35 min)

Desarrollo

En el paleógrafo (Pancarta o pizarra) se reflejan una serie de frases incompletas, las cuales inducirán respuestas por parte de los integrantes del grupo, esta frase debe ser relacionada y dirigida al trabajo realizado y ala temática central que el grupo ha elaborado un ejemplo de estas frases en anexo al plan

- a) El facilitador le entrega una hoja de papel a cada participante. Plantea que cada uno complete la frase de modo independiente sin consultar con nadie, y que no es necesario poner el nombre.
- b) Sino están reflejadas en el papel las presenta en la pancarta, paleógrafo o pizarrón. A medida que cada uno termina, recoge las hojas.
- c) Una vez recogidas todas las hojas, el coordinador leerá en voz alta las respuestas dadas a cada frase. Comentara lo más relevante de las mismas.

El completamiento de frases.

En el papelógrafo (Pancarta o pizarra) se reflejan una serie de frases incompletas, las cuales inducirán respuestas por parte de los integrantes del grupo, esta frase debe ser relacionada y dirigida al trabajo realizado y ala temática central que el grupo ha elaborado un ejemplo de estas frases pueden ser:

En este grupo:

Aprendí _____

Ya sabía _____

Me sorprendí por _____

Me molesté por _____

Me gustó _____

No me gustó _____

Me gustaría saber más acerca _____

Una pregunta que todavía tengo es _____

Actividad 3: Retroalimentación del proceso terapéutico. (35 min)

Concientizar a los jóvenes de la importancia de seguir con el proceso terapéutico y que ellos expresen dificultades y logros durante todo las intervención psicológica.

.Actividad 4. Libre (25 min)

Que el terapeuta elija como quiere despedir el proceso terapéutico con los jóvenes

Tarea asignada: Poner en práctica todos los ejercicios dados en la intervención

XII. CONCLUSIONES

- La mayoría de los jóvenes corresponden al sexo masculino, en edades comprendidas de los 15 a 22 años, con nivel académico de primaria completa, estado civil solteros y sin hijos, procedentes de los barrios San Luis Sur, Jorge Dimitrov, Laureles Norte, Villa Libertad, 19 de Julio, Tipitapa, Camilo Ortega, Américas Número No3.
- En lo que respecta a los tipos de sustancias psicoactivas y los tipos de consumo se encontró que el 65,21% consumen tabaco de forma compulsiva y marihuana de forma habitual. El 52,17%, de los jóvenes no hacen uso de inhalantes, mientras que el 47, 82% de los evaluados consumen alcohol y el pbc o crack ambos de forma habitual.
- Entre los factores de riesgo psicosociales asociados en consumo de sustancias psicoactivas de la población de estudio, se encontró que todas las áreas estudiadas tenían un índice de severidad por área alto.
- A nivel de las relaciones familiares se demostró que jóvenes provienen de familias disfuncionales lo que genera un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.
- La conducta es otra área considerada como un factor de riesgo psicosocial asociado al consumo ya que la población de estudio presenta un comportamiento agresivo, con tendencia al aislamiento, extroversión exagerada y desacato a las normas
- La presión grupal también refleja un nivel alto de severidad la cual es negativa y estimula el consumo de drogas provocando que los jóvenes imiten este comportamiento para ser aceptados por el grupo, siendo un factor de riesgo psicosocial para esta población.
- Se evidenció que la gran mayoría de los jóvenes se encuentra en un índice de severidad global alto lo que implica mayor riesgo al consumo de sustancias psicoactivas producto de los factores de riesgo psicosociales que estimulan este tipo de hábitos.

XIII. RECOMENDACIONES

Al Centro Juventud de la Policía Nacional

Que el plan de intervención psicológico sea ejecutado por los psicólogos del Centro Juventud de la Policía Nacional, como una manera de fortalecer la labor realizada por CENICSOL

Evaluar el plan de intervención psicológico, a través del instrumento de medición utilizado en la investigación.

Durante las sesiones psicológicas evaluar el trabajo psicoterapéutico para modificar en caso de ser necesario las actividades según nuevas necesidades.

Hacer investigaciones anuales sobre las problemáticas vinculadas a la población que atiende el Centro Juventud de la Policía Nacional, para poder vencer dificultades que se vayan presentando en el Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL

Trabajar de manera conjunta con los padres de familia para fortalecer el trabajo terapéutico con los jóvenes.

Buscar casa hogares para los adolescentes que presentan más riesgo en su ambiente social y familiar.

A la universidad

Promover un estudio interdisciplinario a grande escala en el que puedan trabajar los departamentos de Antropología, Derecho, Psicología, Medicina, Trabajo social, donde se investigue la situación del consumo de drogas en nuestro país para poder brindarles a los ciudadanos un conocimiento actualizado de la problemática.

A los alumnos de Carrera de psicología

Seguir la línea de investigación en futuros estudios para que podamos seguir brindando estudios que le podrán servir a las instituciones en el mejoramiento de los programas de tratamiento consumidora de droga.

Validar el plan de intervención con el fin de mejorarlo según aspectos encontrados para proveer a la institución un plan que pueda ser muy útil para el abordaje de esta problemática.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- Almendo Manuel. (1995). *Psicología y psicoterapia transpersonal*. Barcelona. Ilustrada.
- Comisión Nacional de Drogas de Nicaragua y la Sección Estadística del Observatorio Interamericano sobre Drogas de la CICAD/OEA. *Encuesta sobre consumo de drogas, en estudiantes de enseñanza secundaria* 2003. Nicaragua.
- Cortés Tomás Maite. (2007). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia. Socidrogalcohol
- Escohotado Antonio. (1990). *Historia general de las drogas*. Barcelona. S.L.U. Espasa libros
- Informe Anual 2006. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Luxemburgo, 2005.
- Instituto internacional de estudio sobre la familia 2010 *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones: Terapias centradas en la familia*. Documentación · N^o 9 1. Publicada por Socidrogalcohol
- Klein, S.B (1994). *Aprendizaje. Principios y aplicaciones*. 2^a edición. Madrid. McGraw-Hill.
- Kornblit Lía Ana, Fabián Beltramino. (2004). *Nuevos estudios sobre drogadicción: consumo e identidad*. Buenos aires
- Naciones Unidas (2003). *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas*. Nueva York.
- Núñez Villavicencio Fernando (1987). *Psicología médica* tomo I. Habana. Pueblos y educación.

Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). *Variabes psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. Adicciones*, 8, 177-191.

Rollnick Stephen y William R. Miller. (1991). *Entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas* 10ª edición. Barcelona. Paidós Ibérica

Secades villa. 2012 *psicología de las adicciones* volumen 1. Oviedo, facultad de psicología universidad de Oviedo.

Vielva, I., Pantoja, L. y Abeijón, J. A. (2001). *El funcionamiento de la familia con hijos (consumidores y no consumidores) de comportamientos no problemáticos*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Web-Grafía

- García de Cortázar, Ainhoa Rodríguez, Mariano Hernán García, Andrés Cabrera León, José María García Calleja, Nuria Romo Avilés. (2007). *Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo?* Disponible en <http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/313> .Revista adicciones
- Gómez Frágüela, José Antonio Nuria Fernández Pérez, Estrella Romero Triñanes (2008). *El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud*. Universidad de Santiago de Compostela. Revista de la universidad de Oviedo . Disponible en www.psicothema.com
- J. Muñoz-Rivas, José Luis Graña, Marina López. (2001). *Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes*. Obtenido en <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/pst/article/view/7851>.
- M. Colli Alonso, D. Zaldívar Pérez. (2002). *Factores curativos en psicoterapia de grupo: su evaluación y análisis en una muestra de alcohólicos rehabilitados*. Revista adicciones. Disponible en [adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/493](http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/493).
- Moral Jiménez María de la Villa, Anastasio Ovejero Bernal. (2005). *sustancias psicoactivas en adolescentes españoles*. Revista interamericana de psicología. Obtenido en https://www.researchgate.net/profile/maria_de_la_villa_moral/publication/28299303_analisis_diferencial_por_niveles_de_edad_de_las_actitudes_hacia_el_consumo_de_sustancias_psicoactivas_en_adolescentes_espanoles/links/55c6fec508aea2d9bdc54bba/analisis-diferencial-por-niveles-de-edad-de-las-actitudes-hacia-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-adolescentes-espanoles.pdf

P. espada, Xavier Méndez, Kenneth w. Griffin, Gilbert J. Botvin. (2003). *Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas*. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Disponible en <http://www.redalyc.org/html/778/77808402/>

Salud pública México vol.46 n (2004). *Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México*. Obtenido en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-36342004000200007

ANEXOS

Anexo 1: Ficha técnica del instrumento

I. Datos de identificación:

Nombre del test: Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas DUSI (Drug Use Screening Inventory) versión mexicana.

Autor y año: Doctor Ralph y Tater 1990.

Materiales: Lápiz y papel auto administrado.

Duración: 30min

Población: Adultos Adolescentes y niños (mayores de 10 años).

II. Datos de clasificación

Objetivos: Identificar las necesidades de tratamiento de cada persona consumidora y priorizar estrategias de intervención debido a que evalúa diferentes áreas de los sujetos en estudio.

Administración: individual y colectiva.

Por su forma de respuesta: De ejecución

Por su aplicación: cuestionario auto aplicable

III. Procedimiento:

Para su aplicación: es un auto aplicable, también su uso puede realizarse tipo entrevista.

Se le pide al paciente que responda una serie de pregunta honestamente.

Luego se le indica que debe de responder la hoja anexo a la prueba, donde aparecen una lista de posibles drogas que han consumido y la frecuencia de consumo. Se les explica cada frecuencia.

Esta repuesta debe basarse en el último año

Número de preguntas: 159

Para su corrección: para identificar la severidad de cada área se establecieron cinco estratos los cuales indican el nivel de severidad que tiene cada área siendo estas 0.1 a 2.5 severidad baja, de 2.6 a 5.0 severidad moderada, de 5.1 a 7.5 severidad alta y de 7.6 a 10 severidad muy alta, el 0 significa ausencia de trastorno.

El índice de severidad por área (ISA): se obtiene dividiendo el total de repuestas positivas entre el total de preguntas por área, multiplicado por 10.

El índice de severidad global (ISG): es la suma de todas las áreas; se obtiene al sumar el total de repuesta positivas entre el total de preguntas, multiplicado por 10.

Utilidad clínica del instrumento: identificación de casos, diagnóstico en 10 áreas, monitorización del tratamiento, evaluación de seguimiento, aplicabilidad de la investigación y cuantificación de la gravedad en 10 áreas.

Anexo 2: Instrumento de medición

Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas - DUSI (Drug Use Screening Inventory).

Hoja de repuesta

Edad: _____

Sexo: M F

Procedencia: _____

Número de hijos _____

Nivel académico _____

Contesta considerando siempre lo que te paso en el último año. Marca con una (X) tu repuesta.

Preguntas	Si	No
Área I. Conducta		
1. ¿Discutías con frecuencia?		
2. ¿Presumes con frecuencia?		
3. ¿Molestabas o le hacías daño a los animales?		
4. ¿Gritabas mucho?		
5. ¿Has sido muy firme en tus ideas y comportamiento aunque los demás te den razones lógicas?		
6. ¿Has desconfiado de los demás?		
7. ¿Renegabas o utilizabas con frecuencia malas palabras?		
8. ¿Dabas muchas bromas a los demás?		
9. ¿Tenías mal carácter?		
10. ¿Has sido muy tímido?		
11. ¿Amenazabas con lastimar a la gente?		
12. ¿Hablabas más fuerte que los demás chicos o chicas de tu edad?		
13. ¿Te enojabas con facilidad?		
14. ¿Solías hacer cosas sin antes pensar en las consecuencias?		
15. ¿Hacías cosas riesgosas o peligrosas frecuentemente?		
16. ¿Te aprovechabas de los demás?		
17. ¿Te sentías enojado/a con mucha frecuencia?		
18. ¿Pasabas solo/a la mayor parte de tu tiempo libre?		
19. ¿Has sido muy solitario/a en este último año?		
20. ¿te molestas cuando hacen una observación sobre ti?		
21. Tus comportamientos son mejor en un sitio público que en tu casa.		
AREA II: Estados afectivos y síntomas psicopatológicos		
	Si	No
22. ¿Has dañado intencionalmente cosas o propiedades de otras personas?		
23. ¿Has robado?		
24. ¿Te has metido en más peleas que la mayoría de tus compañeros?		
25. ¿Has estado inquieto/a en el último año?		
26. ¿Te has sentido intranquilo/a e incapaz de permanecer sentado/a?		
27. ¿Te sentías frustrado/a con facilidad?		
28. ¿Tenías dificultades para concentrarte?		
29. ¿Te sentías triste con frecuencia?		
30. ¿Te comías las uñas alguna vez en el último año?		
31. ¿Tenías dificultades para dormirte?		

32. ¿Has estado nervioso/a?		
33. ¿Te asustabas con facilidad?		
34. ¿Te preocupabas mucho por las cosas que te pasaban a ti o a los demás?		
35. ¿Tenías dificultades en dejar de pensar en ciertas cosas?		
36. ¿La gente se ha quedado mirándote con asombro alguna vez en este último año?		
37. ¿Escuchabas cosas que quienes estaban a tu alrededor no escuchaban?		
38. ¿Tenías poderes especiales que nadie más tenía?		
39. ¿Sentías miedo de estar con la gente?		
40. ¿Sentías con frecuencia ganas de llorar?		
41. ¿Tenías tanta energía para gastar que no sabías que hacer contigo mismo?		
42. ¿Alguna vez te ha sentido tentado de robar algo?		
AREA III: Competencia social	Si	No
43. ¿Le caías mal a los chicos/as de tu edad?		
44. En general, ¿Te sentías inconforme en cómo te desempeñabas en las actividades que tenías con tus amigos/as?		
45. ¿Te resultaba difícil hacer amigos/as en un grupo nuevo?		
46. ¿La gente se ha aprovechado de ti en el último año?		
47. ¿Tenías miedo de defender tus derechos?		
48. ¿Te era muy difícil pedir ayuda a los demás?		
49. Durante el último año, ¿eras fácilmente influenciado/a por otros muchachos/as?		
50. ¿Preferías relacionarte con muchachos/as mucho mayores que tú?		
51. ¿Te preocupabas por cómo iban a afectar a los demás tus acciones?		
52. ¿Tenías dificultades en defender tus opiniones?		
53. ¿Tenías dificultades en decirle "no" a la gente?		
54. ¿Te sentías incómodo/a si alguien te hacía un cumplido?		
55. ¿La gente te veía como una persona poco amigable?		
56. ¿Evitabas mirar a los ojos a las personas cuando hablabas con ellas?		
57. ¿A veces tu estado de ánimo es cambiante?		
AREA IV: Relaciones familiares	Si	No
58. ¿Algún miembro de tu familia (madre, padre, hermanos o hermanas) ha utilizado marihuana o cocaína?		
59. ¿Algún miembro de tu familia ha tomado alcohol al punto de causar problemas en tu casa, en el trabajo o con los amigos?		
60. ¿Ha sido detenido por la policía algún miembro de tu familia?		
61. ¿Tenías discusiones frecuentes con tus padres en las que se terminaba a los gritos y llorando?		
62. En tu familia, ¿muy rara vez se hacían cosas estando todos juntos?		
63. ¿Tus padres desconocían las cosas que te gustaban y las que no te gustaban?		
64. Durante el último año, ¿en tu casa faltaron reglas claras sobre lo que se podía o no se podía hacer?		
65. ¿Tus padres desconocían lo que realmente pensabas o sentías sobre las cosas para ti eran importantes?		
66. En el último año, ¿tus padres discutían mucho entre sí?		
67. ¿Tus padres frecuentemente desconocían donde estabas y que hacías?		
68. En el último año, ¿tus padres estaban mucho tiempo fuera o lejos de su casa?		
69. ¿Has sentido que tus padres se despreocupaban o desinteresaban de ti?		

70. ¿Estabas inconforme con tus condiciones de vida?		
71. ¿Te sentías en peligro en tu casa		
72. ¿Alguna vez te enojas?		
AREA V: Desempeño escolar	Si	No
73. ¿Te disgustaba ir al colegio?		
74. ¿Tenías dificultades para concentrarte en clase o mientras estudiabas?		
75. En el último año, ¿tus notas estaban por debajo del promedio de los demás compañeros?		
76. ¿Faltabas al Centro más de dos veces al mes?		
77. ¿Faltabas mucho al Centro educativo?		
78. ¿Has pensado seriamente en abandonar tus estudios?		
79. ¿Dejabas de hacer los deberes con frecuencia?		
80. ¿Te sentías con sueño estando en clase?		
81. ¿Llegabas tarde a clase con frecuencia?		
82. ¿Este año tienes diferentes amigos/as en el centro que en tu ultimo centro educativo?		
83. ¿Te sentías irritado, enojado o caliente mientras estabas en el Centro?		
84. ¿Te aburrías mucho en el Centro educativo?		
85. Durante los últimos meses, ¿tus notas en el Centro eran peores de lo que solían ser?		
86. ¿Te sentías en peligro en el Centro educativo?		
87. ¿Has repetido algún año?		
88. ¿Sentías que no eras bienvenido en los grupos del Centro en las actividades que hacían fuera de clase?		
89. ¿Has faltado o llegado tarde a clase a causa del alcohol o de las drogas?		
90. ¿Has tenido problemas en el Centro debido al alcohol o a las drogas?		
91. ¿Ha interferido el alcohol o las drogas con los deberes o con tus actividades en el Centro?		
92. ¿Te han suspendido en el Centro?		
93. ¿Alguna vez evitas hacer las cosas que tienes que hacer?		
AREA VI: Presión grupal	Si	No
94. ¿Alguno de tus amigos tomaba regularmente alcohol o drogas?		
95. ¿Alguno de tus amigos vendía o le daba drogas a otras chicos/as o otras amigos/as?		
96. ¿Alguno de tus amigos copiaba en los escritos del Centro?		
97. ¿A tus padres les disgustaban tus amigos/as?		
98. ¿Alguno de tus amigos/as ha tenido problemas con la ley?		
99. Durante el último año, ¿la mayoría de tus amigos/as eran mayores que tú?		
100. ¿Tus amigos/as faltaban mucho al Centro?		
101. ¿Tus amigos/as se aburrían o querían irse en las reuniones o fiestas donde no había alcohol?		
102. ¿Tus amigos/as llevaban alcohol o drogas a las reuniones o fiestas?		
103. ¿Tus amigos/as han robado algo de una tienda o han dañado alguna cosa o propiedad a propósito?		
104. Durante el último año ¿perteneías a alguna banda o pandilla?		
105. ¿Te molestaban los problemas que estabas teniendo con algún amigo/a?		
106. ¿Te faltaba algún amigo/a en quien confiar?		
107. En comparación con la mayoría de los muchachos/as, ¿tenías pocos amigos?		
108. ¿Alguna vez te han propuesto hacer algo que tú no querías hacer?		

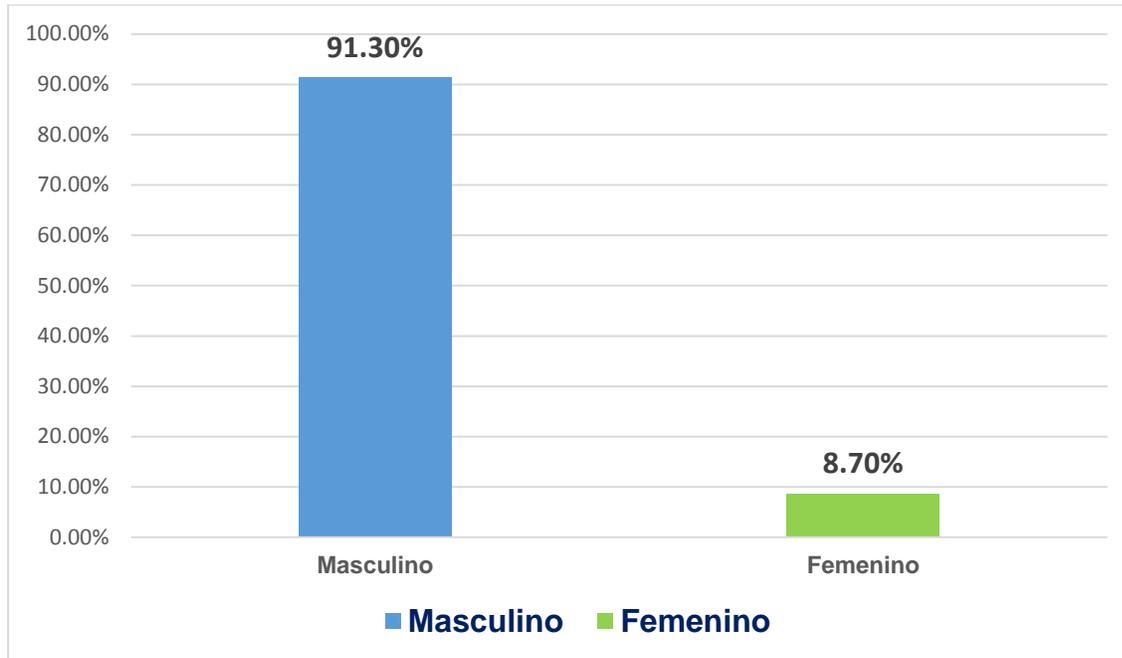
AREA VII: Actividades recreativas	Si	No
109. En comparación con la mayoría de los chicos/as, ¿tu haces menos deportes?		
110. ¿Salías a divertirte sin permiso durante alguna/s noches en la semana?		
111. En un día entre semana, ¿mirabas más de dos horas de TV?		
112. ¿Estaban tus padres ausentes en la mayoría de las reuniones o fiestas a las que solías ir?		
113. ¿Haces menos ejercicio que la mayoría de los muchachos/as que conoces?		
114. ¿Pasabas tu tiempo libre dando vueltas por ahí o en la calle con tus amigos/as?		
115. ¿Te aburrías la mayor parte del tiempo?		
116. En tus horas de diversión o de tiempo libre, ¿hacías muchas cosas solo/a?		
117. ¿Tomabas alcohol o drogas para divertirte?		
118. ¿En comparación con la mayoría de los muchachos/as, ¿tenías menos interés por las actividades al aire libre?		
119. ¿Estabas poco satisfecho en la manera que utilizabas tu tiempo libre?		
120. ¿Te sentías rápidamente cansado cuando te esforzabas en alguna actividad?		
121. ¿Alguna vez compraste algo que no necesitabas?		
AREA X: Uso de drogas	Si	No
122. Durante el último año, ¿has tenido un fuerte deseo de ingerir alcohol o tomar drogas al menos alguna vez?		
123. ¿Has tenido la necesidad de usar más y más drogas para obtener el efecto que deseabas?		
124. ¿Has sentido que no puedes controlar el uso que haces del alcohol o de las drogas?		
125. ¿Te has sentido "atraído" con el alcohol o las drogas?		
126. ¿Has dejado de hacer algunas cosas que hacías o te gustaba hacer porque te has gastado tu dinero en las drogas o en el alcohol?		
127. ¿Ibas contra las reglas sociales o familiares o tuviste problemas con la ley porque habías tomado mucho alcohol o drogas?		
128. ¿Cambiabas rápidamente tus estados de ánimo (por ejemplo, de estar muy alegre a estar muy triste) por causa de las drogas?		
129. ¿Tuviste algún accidente de tránsito luego de tomar alcohol o drogas?		
130. ¿Has lastimado accidentalmente a alguien o a ti mismo/a luego de tomar alcohol o drogas?		
131. ¿Has tenido alguna discusión o pelea seria con algún amigo/a o familiar a causa de su consumo de alcohol o drogas?		
132. ¿Has tenido dificultades en tu relación con cualquiera de tus amigos debido al uso de alcohol o drogas?		
133. ¿Has tenido "resacas" después de tomar alcohol o drogas (por ej.: dolores de cabeza, náuseas, vómitos, temblores, etc.)?		
134. ¿Has tenido alguna dificultad para recordar lo que hiciste hizo bajo los efectos del alcohol o las drogas?		
135. ¿Te gustaba jugar a tomar mucho o competir con otros para ver quien tenía más resistencia al alcohol cuando ibas a reuniones o fiestas o aun en la calle?		
136. ¿Tenías dificultades para descansar si consumías alcohol o drogas?		
137. ¿Has mentido alguna vez?		

DUSI
POR FAVOR COMPLETA ESTE CUADRO CONSIDERANDO SIEMPRE EL ULTIMO AÑO
CUALES DE ESTAS SUSTANCIAS HAS CONSUMIDO
(Marca con una X el casillero que corresponda a la sustancia y su frecuencia de consumo)

SUTANCIAS	NO CONSUME 0	RECREACIONAL 1-2 VECES EN EL MES	OCASIONAL 3-9 VECES EN EL MES	HABITUAL 10-20 VECES EN EL MES	COMPULSIVO / MAS DE 20 VECES EN EL MES
ALCOHOL					
TABACO					
HIPNOTICOS con Indicación médica (rohypnol, parnox, dormicum, etc)					
HIPONOTICOS sin indicación médica					
TRANQUILIZANTES con indicación médica (aceprax, ativan, lexotan, valium, meleril, etc)					
TRANQUILIZANTES sin indicación médica					
ANTIDEPRESIVOS con indicación médica (sarotex, anafranil, tofranil, imidep, humoril, etc)					
ANTIDEPRESIVOS sin indicación médica.					
ANFETAMINAS					
ANOREXIGENOS con indicación médica (pastillas para adelgazar)					
ANOREXIGENOS sin indicación médica (pastillas para adelgazar)					
MARIHUANA					
COCAINA					
PBC y/o CRACK					
INHALANTES					
ALUCINOGENOS					

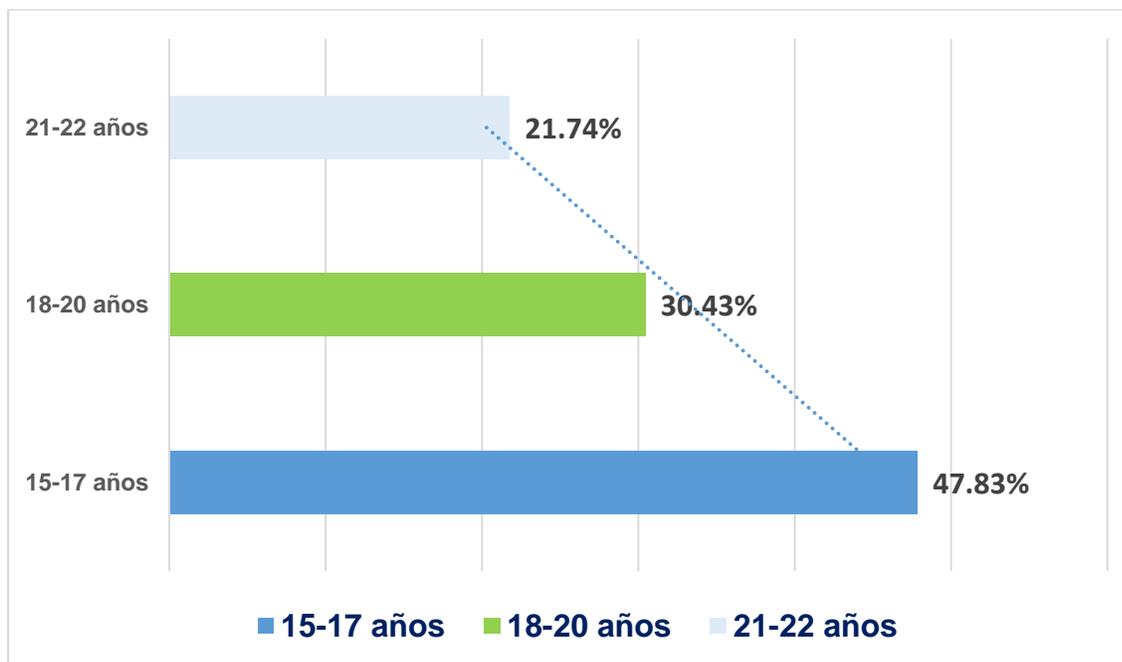
Grfica N° 1:

Sexo correspondiente a los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.



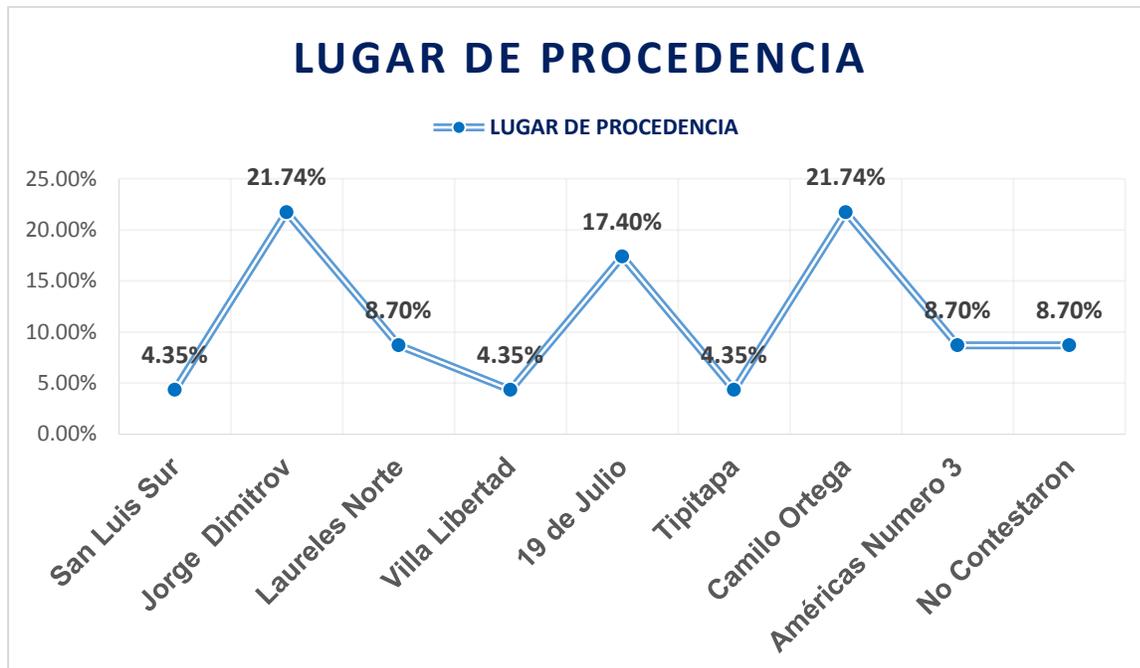
Grafica N° 2:

Edad correspondiente de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.



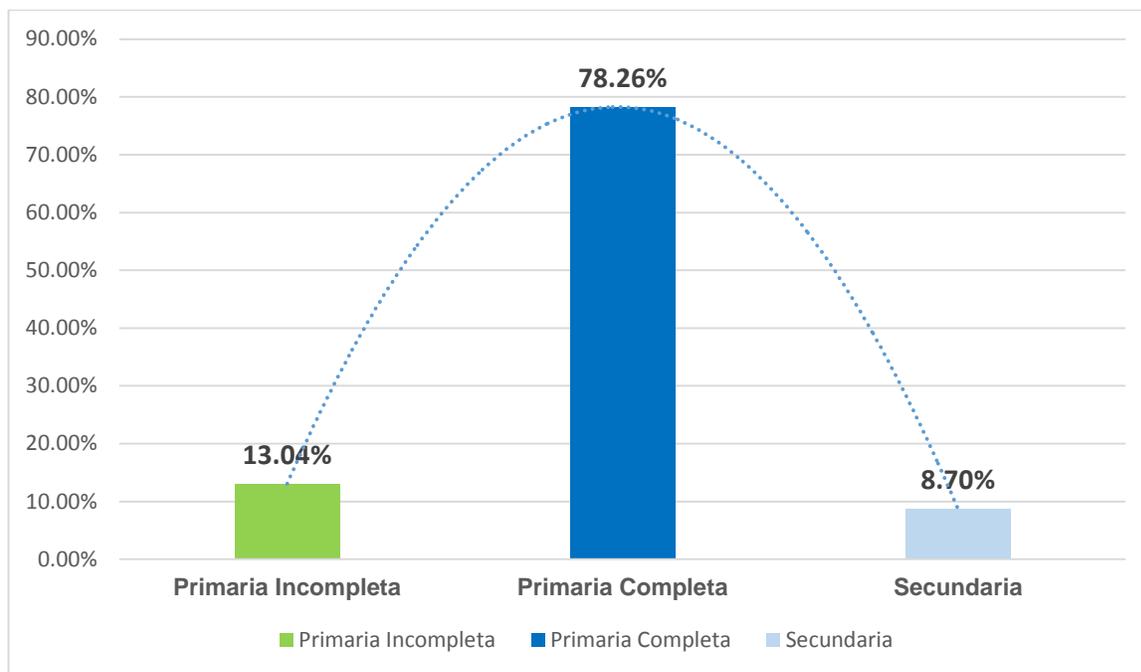
Grafica N° 3

Lugar de procedencia de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.



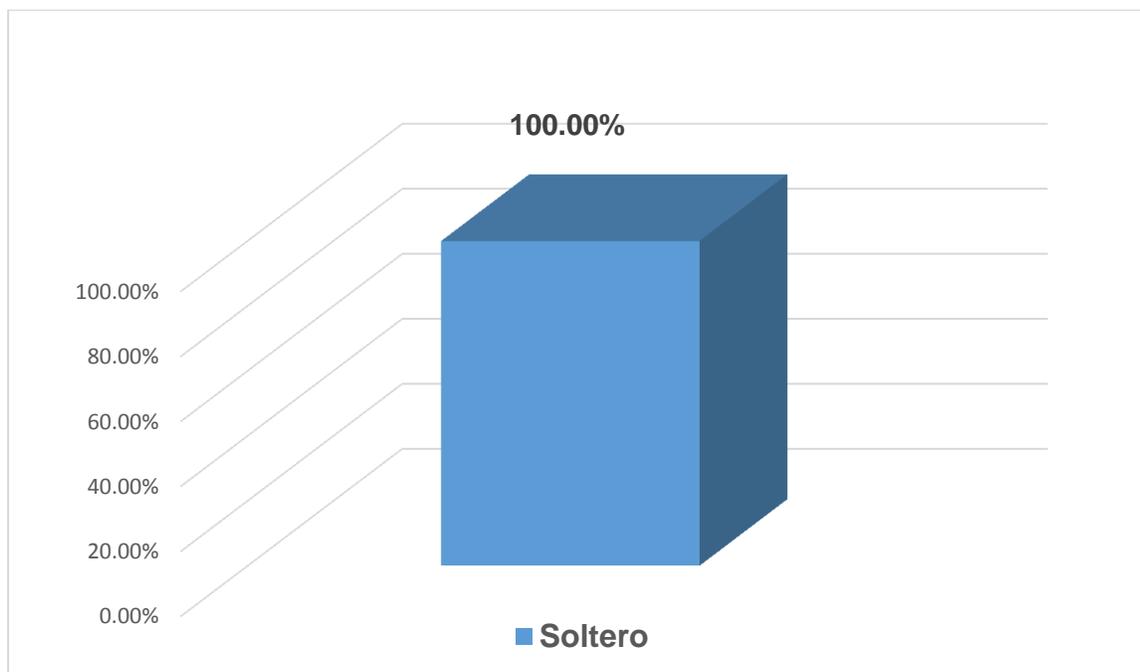
Grafica N° 4:

Nivel académico de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.



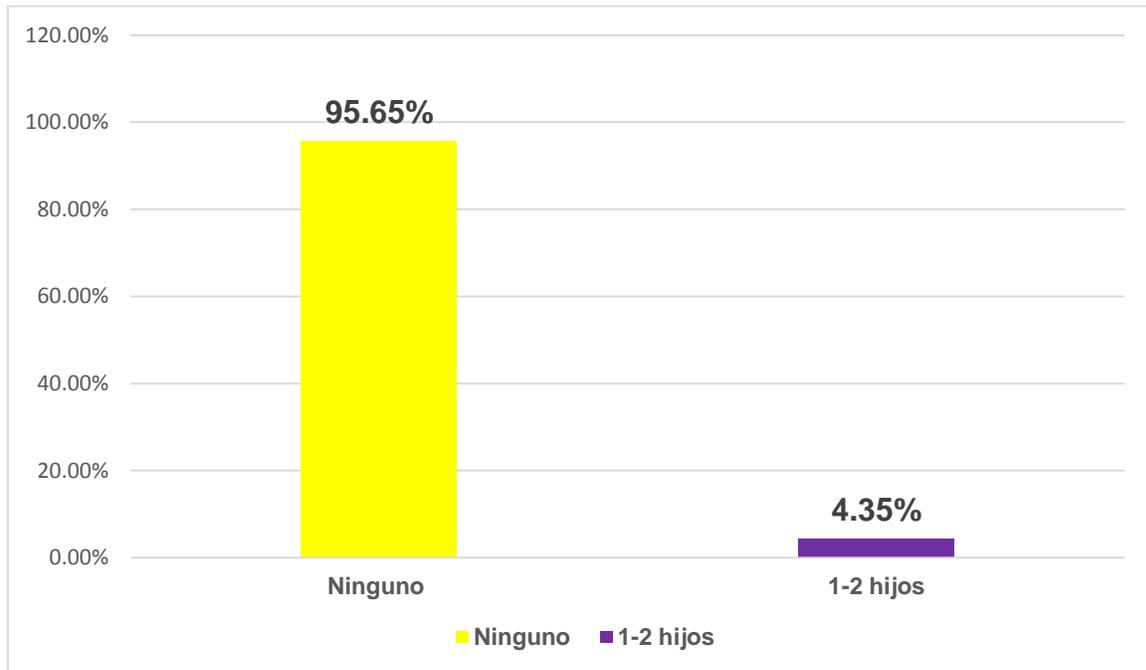
Grafica N° 5:

Estado civil de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.



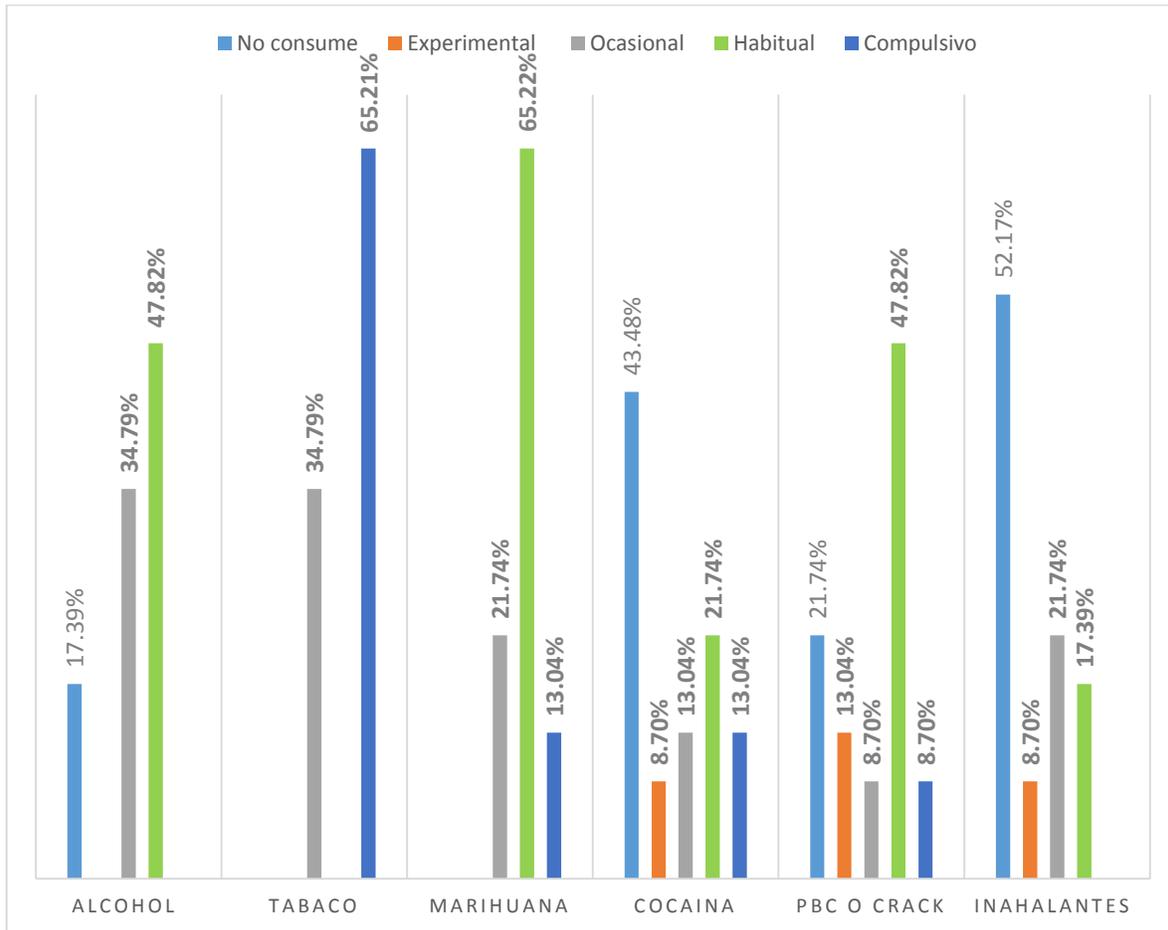
Grafica N° 6:

Número de hijos correspondientes a los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.



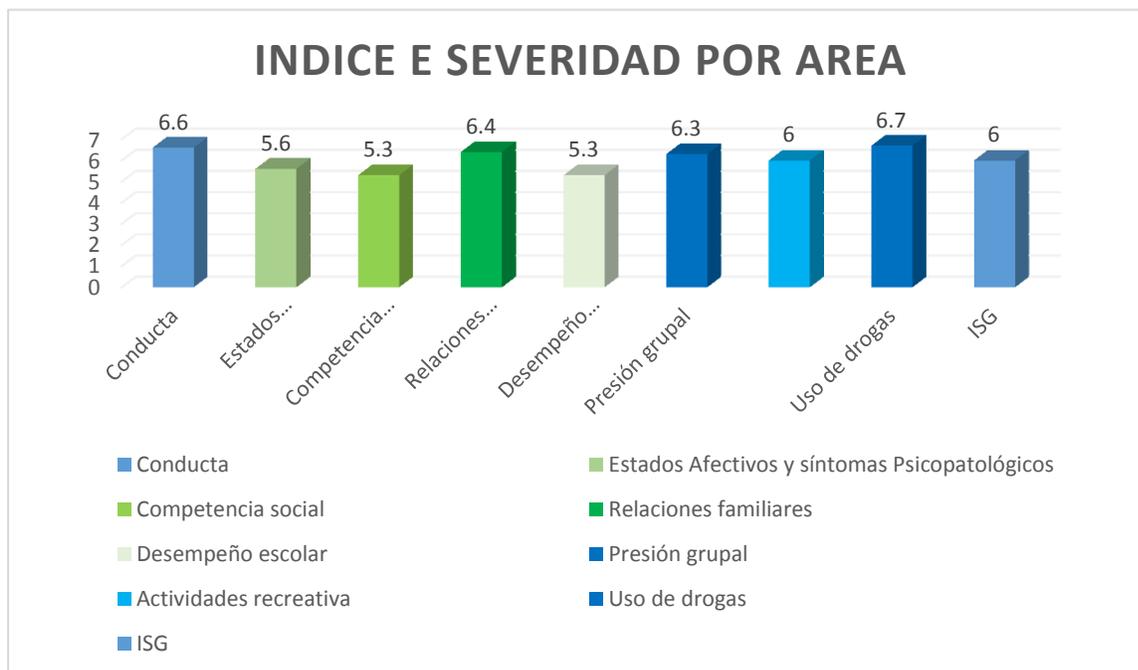
Gráfica N° 7:

Tipo de droga y tipos de consumo de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.



Grafica N° 8:

Índice de severidad de los factores de riesgo por áreas de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.



Gráfica:

Porcentaje de los sujetos por índice de severidad de los factores de riesgo por áreas de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.

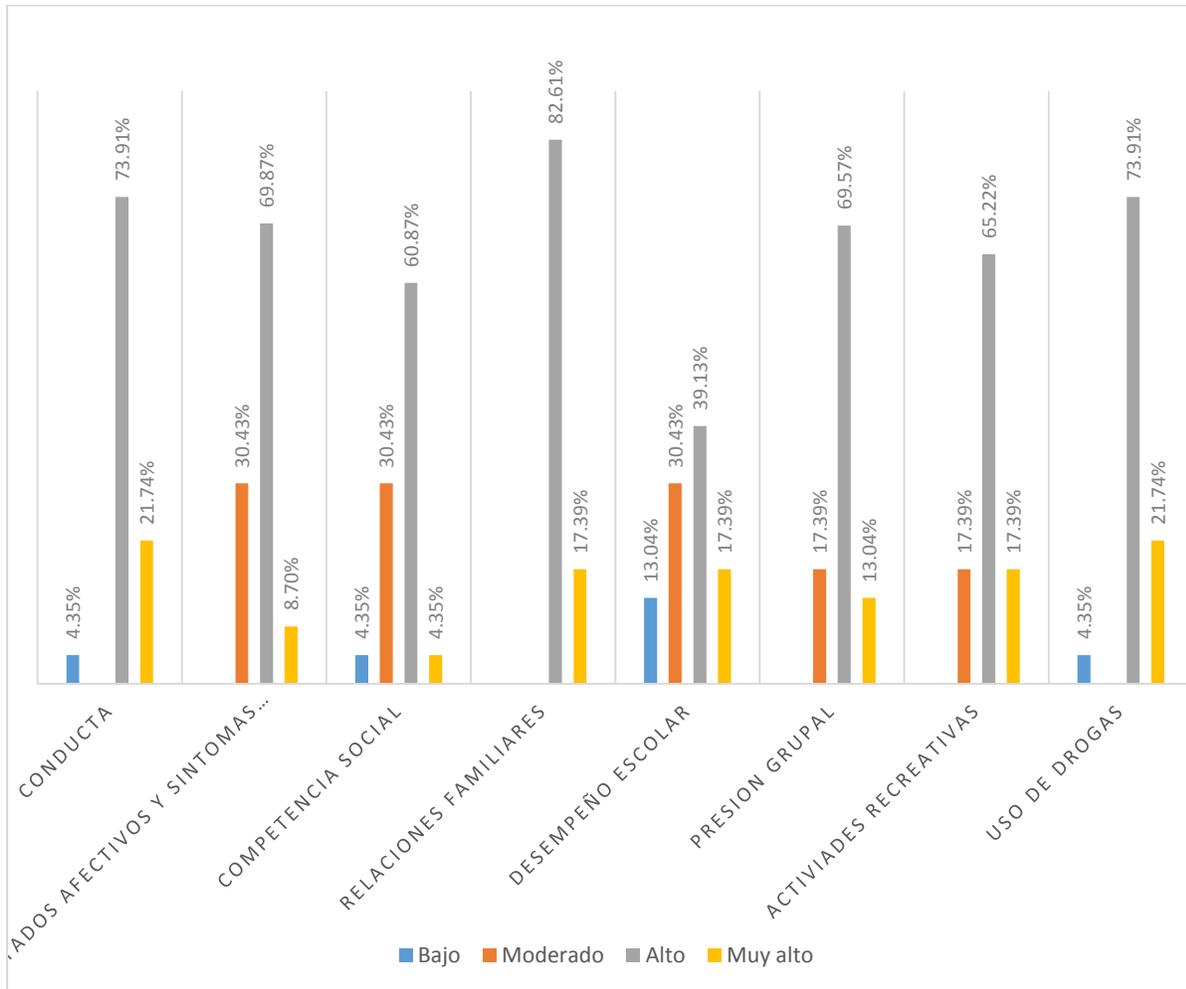


Tabla N° 9:

Índice e severidad global de los factores de riesgo de los jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL.



Anexo 3: Puntaciones del índice de severidad por sujeto

Sujeto	Estados Afectivos y síntomas								ISG
	Conducta	Psicopatológicos	Competencia Social	Relaciones Familiares	Desempeño Escolar	Presión grupal	Ocio recreación	uso de drogas	
1	6,1	5,2	7,3	5,3	2,3	6,6	6,6	8	5,9
2	6,3	5,7	0,8	6	9,5	9,3	7,6	8,1	6,7
3	6,9	3,3	4	5,33	1,4	6,6	6,9	5,6	5,0
4	6,2	4,7	5,3	6,9	4,4	6	5,3	6,8	5,7
5	6,7	4,9	5,8	6	0,95	5,3	6,1	2,5	4,8
6	8	2,8	6	8,4	6,6	7,3	8,4	7,5	6,9
7	6,1	7,2	5,3	5,6	7,7	7,6	4	6,9	6,3
8	5,7	5,9	6	3,3	5,7	9,3	7,6	6,2	6,2
9	7,1	5,7	4	8	5,7	6,6	6,9	5	6,1
10	6,5	5,4	7,3	5,3	2,9	6,6	6,6	6,2	5,9
11	8,5	8,8	8	6,1	8,5	5	7,6	5,6	7,3
12	7,5	6,7	5,6	6,9	8,7	7,3	6,2	7,5	7,1
13	6	5,7	5,4	7	3,8	6,7	5,5	9,3	6,2
14	7,8	6,6	4,7	6	5,7	5,3	6,1	6,8	6,1
15	7,1	6,1	4,3	5,5	6,6	4,6	4,1	6,2	5,6
16	1,9	5,5	4	8,6	2,8	4,8	3,7	6,2	4,7
17	5,7	3,3	5,3	5,8	7,7	5,3	5,3	6,8	5,7
18	7,3	7,8	6,5	7,4	4,7	6,7	7,3	7,5	6,9
19	6,6	5,3	5,6	6	3,8	6,6	5,3	8,1	5,9
20	8,5	4,7	4,6	6,9	6,1	6	5,8	8,2	6,4
21	7,6	6,6	5,6	6	5,7	5,6	6,1	6,8	6,3
22	6,1	4,7	6,6	7,3	5,7	4,6	5,3	6,5	5,9
23	5,2	5,5	4,6	7,3	4,7	6	4,6	6,7	5,6
ISA	6,6	5,6	5,3	6,4	5,3	6,3	6,0	6,7	6,0