

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

**FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES
DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA ADVENTISTA
HARRY PITTMAN Y COLEGIO DON BOSCO
DE LA CIUDAD DE EL ALTO GESTION 2017**

POOSTULANTE: ANA JUDITH RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ
TUTOR: DR. RODOLFO LÓPEZ HARTMANN

LA PAZ- BOLIVIA
Abril, 2018

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a Nelson, mi esposo por su apoyo constante y por creer en mí.

A mis hijos Danitza, Adriana y Álvaro por ser en todo momento mi inspiración y motivación.

A mis padres Víctor y Flora quienes confiaron en mí y se sacrificaron para lograr este objetivo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente al Dr. Rodolfo López Hartman mi tutor.

A mi asesor permanente Lic. Nelson David Chambi Mayda, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, para guiarme durante todo el desarrollo de esta tesis.

Mis agradecimientos también van dirigidos a: Lic. Edwin Cruz, Lic. José Aguilar, las Directoras de las Unidades Educativas Don Bosco y Harry Pittman, Lic. Janneth Fuentes Paredes, Lic. Olfa Cortez Loayza y estudiantes de ambos establecimientos quienes colaboraron para que esta investigación se haga efectiva.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	3
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION	3
Área Problemática	3
Formulación del Problema de Investigación	5
Objetivos	5
Hipótesis	7
Justificación	7
CAPITULO II	9
MARCO TEORICO	9
Adolescencia	9
Desarrollo físico	9
Salud física y mental	10
Desarrollo cognitivo	11
Desarrollo psicosocial en la adolescencia	12
Identidad	13
Sexualidad	13
Familia y adolescencia	14
Circunstancia y necesidades de la adolescencia en América Latina	14
Consumo y abuso de drogas en adolescentes	16
Factores de riesgo en adolescentes	16
Factores de riesgo y protectores del consumo de sustancias psicoactivas	17
Concepto de factores	18
Modelos de factores	19
Estudios sobre factores de riesgo y protectores a nivel nacional	22
Estudios sobre factores de riesgo y protectores a nivel internacional	24
La familia como factor protector	26
Sustancias psicoactivas	28

Uso, abuso y dependencia	28
Clasificación de las drogas	29
Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Bolivia	39
CAPITULO III	42
METODOLOGIA	42
Enfoque de investigación	42
Tipo de investigación	42
Diseño de investigación	42
Variables	42
Población	44
Muestra	45
Técnicas e instrumentos de investigación	45
Procedimientos	45
CAPITULO IV	47
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	47
CAPITULO V	96
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	96
CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES	101
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA	103
ANEXOS	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene el objetivo de Identificar los factores de riesgo y factores protectores existentes en el consumo de sustancias psicoactivas en Adolescentes de las Unidades Educativas Adventista Harry Pittman y Colegio Don Bosco de la Ciudad de El Alto gestión 2017. Se ha aplicado dos Instrumentos: la “Escala de Factores de Riesgo y Factores Protectores” y el Cuestionario de Prevalencia del consumo de Drogas”, a 89 estudiantes de 6to de Secundaria de ambos establecimientos (muestra no probabilística por conveniencia).

Las diferencias más significativas entre Unidades Educativas son: la Religión Católica (71,1 - 61,4%) en la UE Harry Pittman. Los Adolescentes del Colegio Harry Pittman son los que en mayor proporción conviven con ambos padres (72,7% - 64,4%), reciben afecto con mayor frecuencia de la madre (54,5% - 44,4%), como del padre (38,6% - 24,4%), sus madres pasan tiempo con más frecuencia con sus hijos (40,9% - 24,4%) y los padres son más frecuentemente firmes en la disciplina (38,6% - 31,1%) en comparación de sus similares de la UE Don Bosco.

El alcohol es la droga más prevalente (42,7%), seguida por el tabaco en un (41%), los tranquilizantes (15,7%) y la mariguana (11,2%).

Los factores protectores más significativos son “la firmeza disciplinaria de los padres (del padre -,350 y de la madre -,309), seguido del afecto (del padre -,279) y el tiempo dedicado hacia los adolescentes (por la madre -,229). Los factores de riesgo más significativos son la disponibilidad de acceso a las drogas (,431), la actitud favorable hacia las drogas de los adolescentes (,235) y de los padres en el consumo de alcohol y tabaco de sus hijos (,243), y la impulsividad (,201).

INTRODUCCION

El consumo de sustancias psicoactivas, es una de las amenazas más peligrosas para la salud mundial, que está originada por productos nocivos como el alcohol y el tabaco considerados como drogas legales, la cocaína y marihuana como drogas ilegales, cuyo consumo es propugnado por una determinada industria con el objeto de obtener beneficios económicos fundamentalmente.

Las poblaciones expuestas frente a las sustancias nocivas, son la población boliviana en general, pero se podría decir que existe un creciente consumo en poblaciones más jóvenes aparentemente, dado que estas sustancias siempre están relacionadas a factores de placer y diversión en la población juvenil.

Toda esta situación de oferta de sustancias psicoactivas en el mercado, predispone en los jóvenes la activación de factores protectores y de riesgo, para ello pondrán en marcha sus mecanismos de defensa, muchos de ellos con éxito y otros no.

Por ello el objetivo principal de la tesis es identificar, qué factores de riesgo y factores protectores inciden ante el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de 6º de secundaria. La investigación pretende hacer un análisis comparativo, por ello se aplicará dos pruebas a dos Unidades Educativas de características religiosas distintas, una considerada “Adventista” y la otra “Católica”.

La investigación tiene un enfoque cuantitativo. Para el estudio tomaremos una muestra de 89 estudiantes en total, a los que se aplicará la Escala de Factores de riesgo y Factores protectores para el consumo de drogas en Adolescentes” y el “Cuestionario de prevalencia del consumo de drogas”.

CAPITULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION

1. AREA PROBLEMATICA

Según el observatorio Español de la droga y las toxicomanías, en su informe de 2015 sobre el alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, el alcohol sigue siendo la sustancia

psicoactiva más consumida. El 78% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 64% en los últimos 30 días y el 10% diariamente en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de los 90.

Entre los años 90 al 2006, una ONG llamada “Centro Latinoamericano de Investigación Científica” (CELIN) en Bolivia, llevó a cabo varios estudios nacionales sobre prevalencia del consumo de drogas, tanto en unidades escolares como en hogares y universidades. A partir del año 2006, dichos estudios no se consideran una fuente oficial de información debido a que fueron realizados con financiación norteamericana.

Actualmente la recopilación de información, pasó a ser responsabilidad del CONALTID (Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas) y mediante la delegación al Viceministerio de Defensa Social, se convierte en el ente operativo y normativo encargado de representar al país frente a la comunidad internacional, los organismos internacionales como las Naciones Unidas y sus reparticiones, siendo la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC) la que coopera con el gobierno boliviano en los aspectos financieros y técnicos de la prevención, investigación y rehabilitación del uso indebido de drogas. En este marco, existen proyectos de cooperación e investigación subregional en los que participa Bolivia y que implican la realización de estudios de investigación sobre el fenómeno del consumo de drogas en el país ya que Bolivia aún no cuenta con una oficina centralizada para organizar, realizar estudios, recopilar o coordinar estadísticas u otra información relacionada con las drogas. Si bien por norma legal el CONALTID tiene a su cargo la responsabilidad en las políticas sobre drogas, hay escasa información sistematizada sobre el consumo de éstas sustancias psicoactivas.

Un estudio realizado por la Universidad Católica Boliviana para el CONALTID en el año 2014, refiere que en Bolivia la edad de inicio del consumo de cocaína y marihuana, bajó de los 18 a los 14 años, en la última década. Asimismo, hallaron que el consumo de marihuana, cocaína, pasta base de cocaína y estimulantes sintéticos, aumenta hasta un

cinco por ciento. Incrementándose el consumo de drogas, cocaína y marihuana, en el país debido a que Bolivia es considerado un país de tránsito de éstos ilícitos.

Las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas, han tratado de determinar cómo comienza y cómo progresa el abuso de las drogas. Existen muchos factores que pueden aumentar el riesgo de una persona para el abuso de drogas, los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas; mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Es importante notar, que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra.

Por su parte la población juvenil de la Ciudad de El Alto, no es ajena a estos factores de riesgo de sustancias psicoactivas, donde el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias son frecuentes entre grupos de pares, generalmente de manera clandestina, y los profesores asumen a decir en ocasiones que el hecho se produce por la falta de comunicación entre padres e hijos(as), además de que se da fuera de sus establecimientos.

Según Chambi 2007, en una investigación sobre prevalencia y factores de riesgo refiere que: al parecer, el no tener una creencia religiosa libera las inhibiciones y facilita el consumo de drogas, las religiones como la Mormona y Católica toleran el consumo de tabaco y alcohol, mientras que profesar religiones como la Evangélica y Adventista pareciera jugar un rol de factor protector.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué factores de riesgo y factores protectores incidirán en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de las Unidades Educativas Adventista Harry Pittman y Colegio Don Bosco de la Ciudad de El Alto, gestión 2017?

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los factores de riesgo y factores protectores existentes en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de las Unidades Educativas Adventista Harry Pitmann y Colegio Don Bosco de la Ciudad de El Alto gestión 2017

Objetivos específicos

- Describir las Características Demográficas de los adolescentes recopilados con la Escala de Factores Protectores y de Riesgo a través del análisis estadístico descriptivo.
- Diferenciar los Factores Protectores (familiares, individuales y ambientales) del consumo de sustancias psicoactivas más predominantes en los adolescentes de ambas Unidades Educativas con la Escala de Factores Protectores y de Riesgo a través del análisis estadístico descriptivo.
- Diferenciar los Factores de Riesgo (familiares, individuales y ambientales) del consumo de sustancias psicoactivas más predominantes en los adolescentes de ambas Unidades Educativas con la Escala de Factores Protectores y de Riesgo a través del análisis estadístico descriptivo.
- Estimar la Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes de ambas Unidades Educativas, evaluadas con el Cuestionario de Prevalencia del consumo de drogas a través del análisis estadístico descriptivo.

- Identificar los Factores Protectores y de Riesgo (familiares, individuales y ambientales) del consumo de sustancias psicoactivas más influyentes en el consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes de ambas Unidades Educativas con el cuestionario de prevalencia del consumo de drogas y la Escala de factores protectores y de riesgo a través del análisis estadístico correlacional.

4. HIPOTESIS

Ho: Los factores protectores y de riesgo, no son significativamente intervinientes ante el consumo de sustancias psicoactivas, en adolescentes de las Unidades Educativas Adventista Harry Pittman y Don Bosco de la Ciudad de El Alto gestión 2017.

Hi: Los factores protectores y de riesgo, son significativamente intervinientes ante el consumo de sustancias psicoactivas, en adolescentes de las Unidades Educativas Adventista Harry Pitmann y Don Bosco de la Ciudad de El Alto gestión 2017.

5. JUSTIFICACION

El tabaco, el alcohol, la marihuana, la pasta base de cocaína y otros, son sustancias psicoactivas, algunas legales y otras no. El consumo de tabaco en Bolivia es considerado legal, en ese sentido el cigarro se convierte en un enemigo sutil e invisible al ser una sustancia no prohibida, su consumo es libre e incluso en espacios públicos, por lo que los jóvenes no tienen ningún reparo en ocultarlo, mientras que el alcohol o la cocaína son juzgados por la sociedad y las leyes, pero aun así son consumidos por la población juvenil.

Los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de sustancias psicoactivas de varias maneras, mientras más son los riesgos a los que está expuesto un adolescente, mayor es la probabilidad de que el adolescente abuse de las drogas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como

la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia. Al igual que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años, los factores de riesgo y de protección pueden afectar durante diferentes etapas del crecimiento humano. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva estructurada.

Bolivia aún no cuenta con una oficina centralizada para organizar, realizar estudios, recopilar o coordinar estadísticas u otra información relacionada con las drogas. Si bien por norma legal el CONALTID tiene a su cargo la responsabilidad en las políticas sobre drogas, hay escasa información sistematizada sobre el consumo. Sin embargo hay evidencia sobre el consumo, particularmente en la ciudad de El Alto. Esta es una de las urbes de mayor crecimiento en la actualidad, con ello trae el modernismo a nivel de infraestructura, la población es más densa cada vez, los espacios de diversión como bares discotecas, etc. proliferan gracias a la demanda de los consumidores. En las zonas periféricas los grupos de jóvenes se reúnen bajo la motivación del consumo de alcohol, el cigarro y otras sustancias, de los cuales no se tienen investigaciones oficiales sobre el consumo en específico o cuáles serán sus factores protectores frente a la amenaza de las sustancias.

Desde esa perspectiva, se justifica la pertinencia del presente estudio, que plantea ver, a que factores de riesgo y factores protectores en el consumo de sustancias psicoactivas están expuestos los adolescentes de las Unidades Educativas Adventista Harry Pittman y Colegio Don Bosco de la Ciudad de El Alto, gestión 2017. El mismo nos permitirá determinar el estado de la salud mental con relación al consumo de sustancias nocivas para los adolescentes de 6to de secundaria de ambas unidades educativas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. ADOLESCENCIA

El paso de la niñez a la edad adulta está marcado por un largo periodo de transición conocido como adolescencia. Por lo general, ésta se considera que comienza con la pubertad, que es el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse. Además del proceso de maduración física y psicológica requiere de condiciones apropiadas para desarrollar y consolidar un conjunto de habilidades y aptitudes que permitan actuar con competencia, eficacia, adaptabilidad social y autocontrol. La adolescencia dura aproximadamente de los 11 o 12 años a los 19 o inicio de los 20 y conlleva grandes cambios interrelacionados en todas las áreas del desarrollo (Papalia, 2001).

La adolescencia está llena de oportunidades para el crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial, pero también de riesgos para el desarrollo saludable. Los patrones de conducta riesgosa, como el consumo de alcohol, el abuso de drogas la actividad sexual, el ingreso a pandillas y el uso de armas de fuego, suelen establecerse al inicio de la adolescencia.

Desarrollo físico

Este periodo de cambio se inicia con la pubertad, consiste en un repentino crecimiento físico (estatura) acompañado de la maduración sexual. La pubertad dura alrededor de cuatro años, por lo general empieza primero en las niñas que en los niños, y termina cuando la persona puede reproducirse. Por lo general estos cambios hormonales pueden afectar los estados de ánimo y la conducta. En esta etapa se manifiestan las características sexuales primarias y secundarias. Las características sexuales primarias consisten en la maduración de los órganos sexuales reproductivos que se presentan con la producción de espermias en los varones y la primera menstruación en las mujeres. Las características sexuales secundarias se manifiestan con la maduración física del cuerpo que lo distinguen de un adulto, cambio de voz, crecimiento de vellos y la espalda en los varones,

crecimiento de los senos y ensanchamiento de las caderas, entre los más importantes en las mujeres (Barón, 1999).

Salud física y mental

Por lo general los años de la adolescencia son relativamente saludables. Papalia y Wendkos (2001) afirman que: “La mayor parte de los problemas de salud tienen que ver con la pobreza o un estilo de vida de riesgo, considerando que tienen menor probabilidad que los niños menores de recibir atención médica regular”. Por otro lado la OMS señala que en los países industrializados los adolescentes de las familias menos acomodadas tienden a reportar una salud más pobre y síntomas más frecuentes. En cambio los adolescentes más adinerados, suelen tener dietas más sanas y mayor actividad física. Sin embargo la posición socioeconómica parece no tener efecto en el tabaquismo y en el consumo de alcohol entre los jóvenes de 15 años (Mullan y Currie, 2000).

Las principales preocupaciones acerca de la salud física y mental en esta etapa son: la condición física, las necesidades del sueño, los trastornos alimenticios, la depresión, las causas de muerte y el abuso de drogas, Papalia y Wendkos p. 435 (2001). Este último aspecto se refiere al abuso y la dependencia de sustancias en los adolescentes que en este tiempo a disminuido, pese a ello, el consumo de drogas con frecuencia empieza cuando los niños avanzan a la secundaria.

Desarrollo cognitivo

Antes, un niño podía amar a un padre u odiar a un compañero. Ahora “el adolescente puede amar la libertad u odiar la explotación. Lo posible y lo ideal cautivan la mente y el sentimiento” (Ginsburg & Opper, 1979, citado en: Papalia, 2001, p. 201). Estos cambios de la adolescencia son parte del desarrollo cognitivo.

De acuerdo con Piaget, los adolescentes entran al nivel más alto del desarrollo cognoscitivo, las operaciones formales, cuando desarrollan la capacidad para el pensamiento abstracto. Este desarrollo, por lo regular alrededor de los 11 años les da una

nueva y más flexible forma de manipular la información, al no estar ya limitados al aquí y ahora, pueden entender el tiempo histórico y el espacio extraterrestre. Además, pueden usar símbolos para símbolos (por ejemplo, hacer que "X" represente un número desconocido) y por ende pueden aprender algebra y cálculo, también aprecian mejor la metáfora y la alegoría y de esta forma encuentran significados más ricos en la literatura. Pueden pensar en términos de lo que podría ser y no solo de lo que es. También son capaces de imaginar posibilidades y formar y comprobar hipótesis (Papalia, 2001).

Si bien Piaget planteó que el adolescente, ya a partir de los 12 años, adquiere las operaciones formales que le permiten razonar deductivamente y de forma abstracta; el pensamiento de los adolescentes difiere en cierta medida de los adultos en algunos rasgos: tienden a pensar rígidamente que su opinión es la correcta (egocentrismo); tienden a asumir que son el foco de atención de los demás, lo que los hace muy conscientes de ellos mismos (audiencia imaginaria), además creen que sus pensamientos y sentimientos son únicos (fábula personal) (Elkind, 1967, En: Barón, 1999).

De acuerdo con (Elkind 1998) los patrones de pensamiento inmaduro pueden resultar de la inexperiencia de los adolescentes con el pensamiento formal. Esos patrones de pensamiento incluyen idealismo y carácter crítico, tendencia a discutir, indecisión, hipocresía aparente, autoconciencia y la suposición de ser especial e invulnerable.

A pesar de los peligros de la adolescencia, la mayoría de los jóvenes emergen de estos años con madurez, cuerpos saludables y entusiasmo por la vida. Su desarrollo cognoscitivo también continúa. Los adolescentes no solo se ven diferentes de los niños más pequeños, también piensan de manera distinta. Aunque su pensamiento sigue siendo inmaduro en ciertos aspectos, muchos son capaces de realizar un razonamiento abstracto y juicios morales sofisticados, además pueden hacer planes más realistas para el futuro.

El vocabulario y otros aspectos del desarrollo del lenguaje, en especial los relacionados con el pensamiento abstracto, mejoran en la adolescencia. Los adolescentes disfrutan los juegos de palabras y crean su propio dialecto.

Desarrollo psicosocial en la adolescencia

La adolescencia es una época de oportunidades y riesgos, ya que se encuentran en el umbral del amor, de la vida de trabajo y de la participación en la sociedad de los adultos. Sin embargo, la adolescencia también es un tiempo en que algunos jóvenes se comprometen en algunas conductas que cierran sus opciones y limitan sus posibilidades.

Entre los cambios emocionales que atraviesan los adolescentes, éstos experimentan oscilaciones del estado de ánimo con algunas explosiones emocionales, además de experimentar, en la mayoría de los casos, felicidad y confianza. Entre los cambios sociales que se experimentan se halla el incremento de la importancia que se le da a la amistad con adolescentes de ambos sexos y el interés por relaciones románticas (Baron, 1999).

Identidad

De acuerdo con Ericsson los adolescentes no forman su identidad tomando a otra gente como modelo, como hacen los niños menores, sino que modifican y sintetizan identificaciones anteriores en “una nueva estructura psicológica, mayor que la suma de sus partes” (Kroger, 1993, p.3). Para formar una identidad los adolescentes deben establecer y organizar sus habilidades, necesidades, intereses y deseos de forma que puedan ser expresados en un contexto social.

La identidad se forma en la medida en que los jóvenes resuelven tres problemas principales, la elección de una ocupación, la adopción de valores en que creer y por qué vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria (Papalia, et al, 2001).

Sexualidad

La toma de conciencia de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad que afecta de manera profunda la imagen propia y las relaciones. Aunque este proceso está regido biológicamente, su expresión está definida, en parte por la cultura.

Los adolescentes son más liberales que en el pasado. La actividad sexual de los jóvenes involucra riesgos de embarazo y enfermedades de transmisión sexual. Los adolescentes en mayor riesgo son los que inician temprano la actividad sexual, tienen múltiples parejas, no usan anticonceptivos y están mal informados acerca del sexo.

Las tasas de enfermedades de transmisión sexual en Estados Unidos se encuentran entre las más altas del mundo industrializado, uno de cada tres casos ocurre en adolescentes. Estas enfermedades se transmiten a través del sexo oral así como en las relaciones sexuales. En las muchachas es más probable que se desarrollen sin ser detectadas que en los varones. (Papalia, et al, 2001).

Familia y adolescencia

Las relaciones de los adolescentes con sus padres no siempre son tranquilas, la rebeldía adolescente es inusual.

Las interacciones familiares cambian durante los años de la adolescencia. Existe más intimidad pero también más conflicto por problemas de autonomía. El conflicto con los padres suele ser más frecuente durante la adolescencia temprana y más intensa durante la adolescencia media. La crianza con autoridad se asocia con resultados más positivos (Papalia, et al, 2001).

Circunstancia y necesidades de la adolescencia en América Latina

Según Burt (1998) en América Latina y el Caribe las condiciones de los adolescentes de educación, empleo, salud y salud reproductiva son las siguientes:

- Los adolescentes, de entre 10 y 19 años, constituyen una proporción significativa de la población: 21.7%.
- El futuro desarrollo económico de los países depende del aumento proporcional de la población que esté bien educada, que sea saludable y económicamente productiva.
- Muchos de los jóvenes no reciben educación suficiente que les permita acceder a las labores productivas del sector formal moderno. Esta situación es peor para jóvenes que viven en la pobreza urbana y para todos aquellos que viven en el sector rural.
- Para muchos jóvenes, el empleo es necesario para ayudar en las finanzas de las familias, pero interfiere significativamente con sus logros en educación. También ocurre que muchos adolescentes no pueden encontrar un trabajo adecuado ni asisten a la escuela.
- La sexualidad de los adolescentes y el embarazo de la adolescente son algunos de los temas importantes relacionados con la salud, al igual de los riesgos para la salud de las madres adolescentes que tienen abortos ilegales.

Además actualmente los niños y adolescentes enfrentan muchos peligros y amenazas que atentan contra su bienestar físico, psicológico y emocional, por ejemplo:

- Disponibilidad de acceso de drogas legales e ilegales con un incremento del consumo de alcohol.
- Incremento de pandillas juveniles con reglas sociales perversas.
- Incremento de adolescentes que sufren de alguna infección de transmisión sexual.
- Más adolescentes viven con uno de los padres, por aumento de los divorcios o por tener madres solteras.
- Familias disfuncionales, donde pueden existir desde maltrato psicológico hasta abuso sexual.

Estos antecedentes llevan a considerar la necesidad de cambios sociales e intervenciones por parte del gobierno, mediante programas de prevención e intervención que ayuden a preservar la familia como sustento de la sociedad.

Consumo y abuso de drogas en adolescentes

El uso de drogas ilícitas entre los adolescentes de los Estados Unidos ha disminuido ligeramente desde los altos niveles registrados en 1996 y 1997 y está muy por debajo de su punto máximo alcanzado a finales de la década de los setenta e inicios de los ochenta, el recrudescimiento durante la década de los noventa acompañó a una disminución en la percepción de los peligros del consumo de drogas y a una menor desaprobación de los padres, pero esa tendencia ha empezado a revertirse, incluyendo por primera vez en 1999, una caída en el consumo de cocaína. Dos excepciones a la tendencia general han sido el mayor consumo de MDMA (“éxtasis”), una droga alucinatoria que es popular en las fiestas nocturnas prolongadas, y de los esteroides anabólicos para aumentar la fuerza muscular entre los varones de décimo grado. Sin embargo el consumo de éxtasis disminuyó en 2002 (Johnston, O’Malley y Bachean, 2000,2001, 2002a, 2002b; Mathias, 1999. En Papalia 2001).

Factores de riesgo en adolescentes

El consumo de drogas a menudo empieza cuando los niños pasan de la escuela primaria a la secundaria, donde conocen nuevos amigos y se vuelven más vulnerables a la presión de los pares. Los niños de cuarto a sexto grado pueden empezar consumiendo cigarrillos, cerveza e inhalantes y, conforme se hacen mayores, avanzan a la marihuana y las drogas duras (National Parent’s Resource Institute for Drug Education, 1999). Entre más temprano comiencen los jóvenes a consumir una droga, más probable es que la consuma con frecuencia y mayor es la tendencia a que abusen de ella.

La investigación ha identificado una serie de factores de riesgo 1) pobre control de los impulsos y una tendencia a buscar sensaciones (lo cual puede tener una base bioquímica). 2) influencias familiares (como la predisposición genética al alcoholismo, consumo o aceptación de las drogas por parte de los padres, prácticas de crianza inadecuadas o inconscientes, conflicto familiar y relaciones familiares problemáticas o distantes, 3) temperamento “difícil”, 4) problemas conductuales tempranos y persistentes en particular agresión, 5) fracaso académico y falta de compromiso con la educación, 6) rechazo de los pares, 7) asociación con consumidores de drogas, 8) marginación y rebeldía, 9) actitudes

favorables hacia el consumo de drogas y 10) iniciación temprana en el consumo de drogas (Hawkins, Catalana y Miller, 1992; Johnson, Hoffmann y Gerstein, 1996; Masse y Tremblay, 1997 ;USDHHS,1996b). Entre más factores de riesgo estén presentes, mayor es la posibilidad de que el adolescente o el joven adulto abusará de las drogas.

2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Como se ha mencionado, los adolescentes viven actualmente una etapa con muchos riesgos; entre otros aspectos, es la edad de inicio del consumo de drogas.

No todos los adolescentes llegan a consumir alguna droga en sus vidas, pero un grupo de ellos si lo hacen, y no solo lo consumen, sino que muchos llegan a ser dependientes de la misma. Existen variables que facilitan o ponen en riesgo a los adolescentes al consumo de las drogas, denominadas Factores de Riesgo; y variables que evitan o previenen a los adolescentes del consumo de ellas, denominadas factores de protección.

Para el estudio del comportamiento humano hablar de causas es muy determinista, ya que en él, intervienen muchas variables que lo evitan o lo facilitan. Si bien se han planteado muchas teorías y modelos de las drogodependencias como el modelo moral, modelo biológico, hipótesis de la automedicación, teorías del aprendizaje entre las que destacan la teoría del aprendizaje social y el modelo social (Becoña, 1995), modelo del mecanismo de recompensa, hipótesis adaptativa (personalidad) y predisposición genética (Aragón & Miquel, 1995); pero estas teorías por sí mismas no son suficientes para explicar las causas del consumo de drogas.

Para una mejor comprensión de las variables que intervienen en la aparición de un comportamiento, por ejemplo el consumo de drogas, se habla de "Factores" (CESE, 1994). Si bien por mucho tiempo el foco de la atención científica se ha centrado en el estudio de los

factores de riesgo, actualmente se ha puesto mayor interés en el estudio de los factores de protección (Florenzano, 2006), especialmente buscando el nivel de importancia de éstos.

Concepto de Factores

Se entiende por “factor de riesgo” a la(s) variable(s) cuya presencia, aumenta la posibilidad de la aparición de un comportamiento, y por “factor de protección” a la(s) variable(s) cuya presencia aumenta la posibilidad de la ausencia de un comportamiento nocivo.

A los factores que influyen en la poca probabilidad que se presente un comportamiento nocivo, “factores protectores”, se los ha denominado de distintas formas en la historia. Inicialmente se habló de la “fuerza del yo”, posteriormente en la década de los 50 William Hollister habló de “strens” como antónimo de estrés. En 1968 James Anthony inició el estudio sistemático del tema encontrando que 62% de niños, que vivían con padres con problemas psicóticos, eran poco vulnerables y se adaptaban bien. En 1976 Rutter observó que una buena relación de los niños que vivían con solo un padre es un importante factor protector. En 1983 Garnezy describió a “niños sanos que viven en ambientes enfermos”. En otros estudios realizados por Werner y Smith se pudo evidenciar que muchos jóvenes que vivieron con factores de mucho riesgo fueron capaces de ser “autónomos y competentes (En: Florenzano, 2006).

Muchas veces los factores de protección han sido considerados como la contraposición de los factores de riesgo y en otros casos como sinónimos de resiliencia, pero a veces ésta última se diferencia como la capacidad personal de adaptarse exitosamente a pesar de vivir con múltiples factores de riesgo o circunstancias amenazadoras.

Para que los programas de prevención del consumo de drogas sean efectivos no solo deben enfocarse en eliminar los factores de riesgo, es decir, disminuir o controlar o eliminar las variables que faciliten el consumo, como por ejemplo la disponibilidad al acceso de las

drogas. Además, los programas de prevención deben considerar las variables que intervienen en un adolescente que no consume drogas (Anicama, 2004), dar más importancia a variables que son susceptibles de modificación que aquellas variables que no se pueden modificar como los aspectos demográficos (Climent, 1989), y dar mayor importancia a los factores más importantes.

Modelos de Factores

Se han planteado muchos modelos de factores para el estudio del consumo de drogas, como el modelo de salud pública que clasifica en factores del medio ambiente, relacionados con la droga y relacionados con el consumidor; el modelo de Villanueva (1989) que clasifica en factores intrapersonales, interpersonales y relacionados con la droga y su contexto; el modelo de Forter (1989) que plantea 4 modelos explicativos del consumo de drogas: modelo patológico, de la alienación, de la subcultura y normativo o de aprendizaje social; y de Edwards (1986) clasifica en consumo por los efectos de las drogas, por razones psicodinámicas, por aprendizaje social e influencia sociocultural, por falta de control de los factores desencadenantes, por factores biológicos, genéticos y fisiológicos, y como consecuencia de un proceso cíclico que tiende a perpetuarse (En: Perotto y Valdivieso, 1994).

Sin embargo uno de los modelos más completos es el modelo planteado por CESE (Perotto y Valdivieso, 1994) que está centrado en el proceso, y es el siguiente:

1. Factores predisponentes:

- Culturales
- Familiares
- Sociales
- Personales

2. Factores precipitantes relacionados con:

- El inicio del consumo
- El reinicio del consumo
- La droga
- Factores sociales de reinicio

3. Factores sustentantes del consumo.

Las características de los factores según Donas (1999) son las siguientes:

- Existen dos tipos de factores protectores y de riesgo, los de amplio espectro y los específicos. Los factores de amplio espectro, son los indicadores de mayor probabilidad para la producción o reducción de un conjunto de daños, como ser: relaciones familiares, autoestima, proyectos de vida, locus de control, educación, etc., que no solo pueden afectar al consumo de drogas, sino también a la formación de pandillas, embarazos no deseados, bajo rendimiento académico, etc. Los factores específicos, son los indicadores de mayor probabilidad para la producción o reducción de un daño en particular, por ejemplo: el uso de cinturón de seguridad afecta directamente a la seguridad física, el consumo de tabaco afecta directamente al cáncer de pulmón.
- Existen factores protectores y de riesgo que mediatizan el daño (Ej. El pertenecer a un grupo de amigos que consume alcohol y bebe mientras conduce aumenta la probabilidad de tener un accidente de tránsito) o que indican directamente la posibilidad de daño (Ej. La baja autoestima puede producir deserción escolar o depresión).
- Existen factores de riesgo que puede producir un daño inmediato (Ej. La sobredosis de droga puede producir muerte) o mediato (Ej. La ingesta de alcohol puede producir cirrosis hepática).

- Los factores protectores y de riesgo no tienen una misma valoración social, por ejemplo la abstinencia sexual, como factor protector, es considerada como conducta poco valorada, o el consumo de alcohol, como conducta de riesgo, en muy valorada en ciertos grupos.

Otras características importantes de los factores planteados por Valdez et al (1995) son la distinción entre los conceptos factor de riesgo, conducta de riesgo y continuum de riesgo. El primero se refiere a la probabilidad de futura morbimortalidad, el segundo se refiere al peligro directo al bienestar, y se refiere al proceso de avance o retroceso evolutivo. Los otros conceptos a diferenciar son factores protectores, conductas protectoras y resiliencia. El primero se refiere a la disminución de la probabilidad de una consecuencia negativa, el segundo a promotores de la autoestima, la seguridad y el sentido de autoeficacia, y el tercero a la capacidad de fortalecerse al pasar por situaciones difíciles (En: Anicama, 2004).

De todos los factores que facilitan o previenen ciertos comportamientos, en primer lugar ya se ha superado los modelos mono causales, pero por otro lado, se han identificado muchos factores dispersos sin tener una relación causal entre ellos. Por ello es importante identificar “cuáles son los factores más determinantes y cómo interactúan sobre el individuo”(Anicama, 2001, p. 50).

La mayoría de los modelos han dado más énfasis a los factores demográficos, individuales y contextuales. En este estudio se investiga los factores predisponentes para el consumo (Riesgo), como para el no consumo de drogas (Protectores) basados en el modelo de Climent, (1989) que considera a las relaciones padre hijo como el factor primordial para predecir el consumo de drogas (factores familiares), y el de Guillén et al (1998) que considera los factores individuales y contextuales. El modelo planteado es el siguiente:

Factores protectores y de riesgo:

1. Factores familiares

2. Factores individuales
3. Factores ambientales

Estudios sobre factores de riesgo y protectores a nivel nacional

Con relación a los factores de riesgo y protectores, en un estudio realizado en 1994 se puede mencionar que son factores de riesgo: el deseo de salir de casa, ser aislado y marginado en casa, malas relaciones familiares (especialmente con el padre), relaciones muy estrechas con la madre, frustración familiar deseo de salir con los amigos, escuchar música rock, cuando la actividad principal del grupo es “farrear”, consumir droga o pasarla bien; sentirse bien en grupo, mejor que en casa; preocuparse por tener mayor independencia y libertad, entre las más importantes (CESE, 1994).

Entre los factores protectores hallados por CESE (1994) están: una buena relación con los hermanos, que los padres vivan juntos, buena percepción del padre, buena integración en el hogar, deseo de quedarse en casa, estudiar, seleccionar amigos, preocuparse en la identidad personal, tener buenas notas.

En un estudio realizado por la Subsecretaría de Prevención y Rehabilitación Social del Ministerio de Gobierno sobre la actitud hacia el consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la ciudad del La Paz se halló que: el 48% de los adolescentes conoce a alguien que consume drogas, el 71% cree que es difícil conseguir drogas, el 90% cree debería haber mayor información disponible sobre los efectos de las drogas, solo el 50% cree que se debería consumir alcohol y tabaco desde los 18 años, 31% cree que consumir drogas legales e ilegales es una parte natural de la vida de los adolescentes, casi el 50% está preocupado de que sus padres beban mucho, 13 % tiene un consumo excesivo de alcohol (una vez por semana), 13% admite beber hasta la embriaguez, 11% admite no recordar lo que hizo al día siguiente después de beber, 39% cree que debería beber menos, y con relación a las motivos de consumo, el 88% piensa que son los problemas familiares y el 54 % piensa que no es la presión del grupo (1996).

Guillén et al (1998) señalan que los factores de riesgo individuales de consumo de drogas de los adolescentes son: que tienden a la impulsividad, el bajo autocontrol y la inestabilidad emocional. También se demostró que la exposición a situaciones de consumo (conocer a alguien que consume o tener acceso a las drogas) incrementa la probabilidad hacia el mismo.

Estudios sobre factores de riesgo y protectores a nivel internacional

Dentro de las investigaciones fuera del país cabe resaltar las realizadas por Anicama (2004) en una muestra de 876 estudiantes de colegios. Los resultados señalaron como factores de riesgo de mayor prevalencia: las variables personales intraindividuales (cambiar con facilidad sus emociones), 75.9%; irritarse fácilmente cuando no consiguen lo que quieren, 69.4%; también en el área familiar el ser sobreprotegidos, 49.1%, el permanecer callados o poco comunicativos cuando están en problemas, 61.6%; en el área de interacciones escolares (confían más en sus amigos que en su familia), 92.4%; aquellas relacionadas con la comunidad (barrios que carecen de espacios adecuados para las artes y el deporte), 51.5%; desorganización de la comunidad para enfrentar dificultades 43.9%). Los factores protectores más relevantes son: compartir momentos gratos en la familia, 81.7%; el ser populares y aceptados por sus amigos, 82.2% y el estar informado de las consecuencias del uso de drogas, 87.6%.

En otras investigaciones realizadas en los Estados Unidos por Hawkins, Arthur y Catalano (1995) se determinan que los factores de riesgo son la disponibilidad de las drogas, las normas culturales, la deprivación económica extrema, la desorganización vecinal y de la comunidad; y los factores de protección son las normas, las creencias y los patrones conductuales opuestos al uso indebido de drogas.

En el estudio realizado por Fraile, Riquelme y Pimenta (2004) en la comuna de Chiguayante, Chile con 301 escolares de 8 a 11 años se halló que los factores de riesgo para el consumo de drogas legales fue el consumo de otro familiar (refuerzo y modelaje). Otros factores de riesgo hallados del grupo de consumidores estuvieron centralizados en la

escala de depresión y emocional, mientras que los factores de protección del grupo de no consumidores estuvieron centradas en la escala académica, familia y conducta.

En Colombia en una investigación realizada por la Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá se halló como factores protectores del consumo de drogas en los adolescentes a la “religiosidad, actividades conjuntas en familia, diálogo abierto y franco, expresiones de afecto, no consumo por parte de los padres, sentido de pertenencia, toma de decisiones por parte de todos los miembros de la familia, respeto a la autonomía y claridad de normas” (Vargas, 2006).

En Puerto Rico, Peralta (2006) observó que pertenecer a grupos religiosos (Movimiento de Encuentro de Promoción Juvenil MEPJ) puede contribuir a una serie de factores protectores, pero que éstas se puede dar en porcentaje limitado por tener ciertos procesos de exclusión.

En un estudio realizado por Magaña y Meschi (2002) en Santiago, Chile se halló como factores de riesgo a la baja coherencia interna y falta de estructuras de la organización (colegio); las expectativas de los adultos no explícitas, ambiguas o rígidas y estereotipadas; la ausencia de proyectos claros y viables en los jóvenes; incumplimiento de los adultos en su función de protección; experiencias de pérdidas individuales no superadas del contexto sociopolítico; clima emocional distante y la separación estereotipada entre lo masculino y femenino; a esto se añade una insatisfacción con el rendimiento escolar y poca comprensión de los pares y profesores; consumo de drogas por los amigos por una mayor satisfacción en la relación con los amigos y el sexo opuesto; percepción del consumo de alcohol como algo normal y las drogas ilegales como menos dañinas. Entre los factores protectores detectados están la coherencia interna, flexibilidad, eficiencia, recursos técnico académicos, excelencia académica trabajo en equipo, motivación y compromiso en la formación de valores, y cercanía con los alumnos del cuerpo directivo y docente; amplitud y variedad de actividades extracurriculares; padres comprometidos con el colegio; y adolescentes con motivaciones de logro, capacidad para realizar esfuerzo y rendir según a sus intereses, concentrarse en los propios problemas y expresar el descontento.

La Familia como factor protector

De los factores protectores estudiados se ha puesto un especial interés al importante rol que juega la familia. Los roles de la familia son muchos pero se ha distinguido que la capacidad de empatía de los padres ayuda al niño a demostrar sus emociones (Emde & Sameroff, 1989), además los padres proveen el control y la disciplina promoviendo el autocontrol. Bowlby (1988) halló que el vínculo de padre e hijo es central en el desarrollo emocional y social del niño especialmente en los primeros 5 años de vida donde se adquiere las relaciones interpersonales. Entre otras de las funciones de la familia estudiadas son las planteadas por Alvy (1978) citado por Florenzano (2006):

- Satisfacer las necesidades básicas: alimentación, techo y acceso a servicios de salud y educación.
- Función protectora: física, psicológica, espiritual y cultural.
- Apoyo y guía para el crecimiento y desarrollo: (cognitivos, sociales y emocionales).
- Función de apoyo en relación al mundo externo.

Valdez et al (1995) propusieron para su estudio la relevancia de la familia para la salud del adolescente, porque ésta “puede promover la resiliencia al fomentar el desarrollo paulatino de la autonomía, al exponer pausadamente los riesgos, y al confiar en la capacidad del adolescente de superar sus problemas” (Anicama, 2004, p.15).

Algunos estudios han revelado la importancia de la familia como factor protector primordial, así en un estudio cuyo propósito fue investigar la incidencia predictiva del rol de la familia y de los factores de personalidad en el consumo de drogas en 467 adolescentes de 11 a 19 años de edad, se concluyó que “la percepción de unión y cercanía familiar, de tomar decisiones en forma conjunta, de compartir actividades, así como los sentimientos de mayor cercanía hacia la familia que hacia extraños, son valoradas positivamente, correlacionándose con menor consumo de alcohol y drogas” (Florenzano, Sotomayor & Otava, 2001).

Pero la familia no solo puede proteger a los adolescentes del consumo de drogas, sino de muchos riesgos a los cuales está sometido. Por ejemplo en un estudio realizado para averiguar los factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama, Chile, se observó que tempranamente la familia y posteriormente la institución educativa juegan un papel muy importante. Además mencionan que “la familia fomenta en el niño o adolescente las expectativas a futuro, permite y facilita la pertenencia a grupos, genera un adecuado desarrollo moral, influye en el desarrollo del autoconcepto y autoestima y previene conductas de riesgo propias del adolescente” (Haquin, Larraguibel & Cabezas, 2004).

En el estudio realizado por Magaña y Meschi (2002) se halló que los factores que aumentan la frecuencia del consumo de drogas en jóvenes a nivel familiar son: Poca claridad en las reglas de convivencia familiar; falta de respeto por las normas; estilo permisivo de control parental; algún grado de aceptación o tolerancia del consumo de drogas por parte de los padres; baja concordancia entre las expectativas parentales y el comportamiento real del joven; familia uniparental; mayor consumo de drogas del hermano mayor; poca armonía percibida en la relación conyugal entre los padres; baja satisfacción en la relación con los padres; relación con el padre caracterizada por mayor conflicto y menor cercanía, aceptación, comunicación, comprensión y confianza; relación con la madre caracterizada por menor valoración, comprensión y confianza (p. 137).

De esta manera la familia vendría a ser el factor protector o de lo contrario el factor de riesgo principal que desencadenaría otros factores tanto protectores como de riesgo que afectarían al consumo de drogas.

Sustancias psicoactivas

Si bien se han definido a las drogas como “cualquier sustancia tomada a través de cualquier medio de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral” (Schuckit, 1989, citado en Becoña 1995, p. 494), generalmente

cuando se habla de ellas se piensa en las drogas ilegales. Sin embargo, las que más daño están causando a la mayor cantidad de personas son las drogas legales, el alcohol y el tabaco.

Una droga es cualquier sustancia química que provoca cambios en el estado emocional, el funcionamiento del organismo y/o comportamiento de una persona, puede considerarse una droga. Esta definición incluye muchas sustancias que podrían no considerarse drogas en un análisis superficial. (SEAMOS, p.12)

Uso, abuso y dependencia (adicción)

En el campo de las conductas psicoactivas, por uso se entiende el consumo de una sustancia que no acarrea consecuencias negativas en el individuo. Habitualmente ello se produce cuando los consumos son esporádicos. Esto implica que hace un uso esporádico de la sustancia o utiliza dosis moderadas. Los factores culturales pueden aquí ser importantes para no llegar al abuso. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo. La dependencia se da cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo (Becoña, 1995).

A la hora de evaluar, no existía una clara diferencia entre abuso y dependencia, aunque en el DSM III-R se planteó criterios específicos para diferenciar el abuso de la dependencia, en el DSM IV recién se las considera como un continuo, donde para el diagnóstico de la dependencia debe presentar dos criterios: tolerancia y síndrome de abstinencia.

A continuación se describen las características clínicas más importantes del consumo de sustancias psicoactivas.

Clasificación de las drogas.

Las drogas han sido clasificadas de diversas maneras, duras y blandas, naturales y sintéticas, legales e ilegales, adictivas y no adictivas, etc. A menudo dichas divisiones se solapan o conducen a conclusiones erróneas. La clasificación popular en drogas “duras” y drogas “blandas” utilizada por los medios de comunicación, por ejemplo, no responde a criterios legales ni científicos. De las distintas clasificaciones existentes SEAMOS destaca las tres siguientes:

Por sus efectos sobre el sistema nervioso central S.N.C.

- Depresores del S.N.C. Son sustancias que bloquean el funcionamiento del cerebro provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral. Las más importantes de este grupo son: Alcohol, Opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc.), Tranquilizantes (“valium”, “tranxilium”, etc.) y Hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos).
- Estimulantes del S.N.C. Son sustancias que activan el funcionamiento del cerebro, entre las que podemos destacar: Estimulantes mayores (Anfetaminas y Cocaína), Estimulantes menores (Nicotina y Xantinas -cafeína, etc.).
- Perturbadores del S.N.C. Son sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc.: Alucinógenos (LSD, etc.), derivados del cannabis (haschish, marihuana), Inhalantes (acetonas, bencenos, etc.) y Drogas de síntesis (“éxtasis”, etc.).

Por su peligrosidad.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha clasificado las drogas según su peligrosidad, definida de acuerdo con los siguientes criterios:

- Más peligrosos (las que crean dependencia física, las que crean dependencia con mayor rapidez, las que poseen mayor toxicidad).
- Menos peligrosos (los que crean solo dependencia psicológica, las que crean dependencia con menor rapidez, las que poseen menor toxicidad).

En base a estos criterios se clasifican las drogas en cuatro grupos:

Grupo 1: opio y derivados (morfina, heroína).

Grupo 2: barbitúricos y alcohol.

Grupo 3: cocaína y anfetaminas.

Grupo 4: LSD, cannabis, etc.

Por la codificación sociocultural de su consumo.

- Drogas institucionalizadas, aquellas que tienen un reconocimiento legal y un uso normativo, cuando no una clara promoción (publicidad, etc..), a pesar de ser las que más problemas sociosanitarios generan (el alcohol, el tabaco y los psicofármacos).
- Drogas no institucionalizadas, su venta esta sancionada por la ley teniendo un uso minoritario entre diversos colectivos para los que juegan un rol identificador. A pesar de su consumo restringido son las que más alarma generan como consecuencia de los estereotipos con los que se correlacionan como ser la delincuencia y la marginalidad (Analgésicos, Depresores del S.N.C., Estimulantes del S.N.C., Alucinógenos, Cannabis, Inhalantes, Otras drogas)

Vías de administración

Las drogas se pueden ingerir, fumar, inyectar, inspirar (esnifar) o inhalar y también absorberse a través de las membranas mucosas del ano, la vagina o la boca.

La droga entra en la corriente sanguínea, bien directamente, o bien a través del estómago, los pulmones u otras vías. Algunas actúan de forma local, pero la mayoría llegan al cerebro, alterando la transmisión de mensajes a través del sistema nervioso, desde el cerebro hasta las distintas partes del organismo y viceversa los cambios fisiológicos y psicológicos resultantes son influidos tanto por lo que la persona ve, oye, huele y toca, como por su estado de ánimo, sus expectativas y sus experiencias previas en relación con la sustancia.

Características Clínicas del consumo de Drogas

Alcohol

El alcohol es una droga legal de mayor consumo en nuestro medio, es depresora del sistema nervioso central conocida popularmente como “Trago” y se la consume en forma de bebida. Se lo “obtiene de la fermentación de azúcares contenidos en vegetales, raíces, granos y frutos. Mediante el proceso de destilación se elaboran bebidas alcohólicas de mayor concentración alcohólica” (López, no publicado).

“Cuando se desarrolla dependencia física y la persona deja de consumir bebidas alcohólicas se produce el síndrome de abstinencia que se manifiesta por: irritabilidad, náuseas, vómitos diarrea, fiebre, taquicardia y convulsiones” (López, 2005); como también puede producir síndrome de abstinencia con delirium, intoxicación alcohólica idiosincrática, trastorno amnésico alcohólico y demencia asociada al alcoholismo (Becoña, 1995).

“Dependiendo de la cantidad consumida se puede llegar al coma o muerte cuando la cantidad ingerida sobrepasa la capacidad de desintoxicar que tiene el hígado” (López, 2005).

Nicotina

La nicotina es un droga legal estimulante conocida popularmente como cigarrillo, “pucho” o “faso”, y su forma de consumo es fumada, aspirada por vía pulmonar, aunque existen otras formas de consumo como aspirada por la nariz o masticada (Becoña, 1995). “Es la segunda droga de mayor consumo en nuestro país (Bolivia), de acuerdo a los estudios realizados se ha detectado que cada vez más mujeres consumen cigarrillos” (López, 2005).

El tabaco de los cigarrillos proviene de las hojas picadas de la planta del mismo nombre que contiene un alcaloide muy adictivo denominado “Nicotina” que produce rápidamente tolerancia y dependencia. El humo del tabaco además contiene Alquitrán, Monóxido de carbono, Irritantes como acroleína, fenoles, peróxido de nitrógeno, ácido cianhídrico, amoniaco, entre otros (López, 2005).

Al fumar se aspira las sales básicas absorbidas por los plexos venosos sublinguales derivando en una rápida aparición de sus efectos, pero por su corta vida en organismo, de 30 a 120 minutos, los fumadores tiene que fumar por varias horas (Becoña, 1995), produciendo tolerancia y síndrome de abstinencia cuyos síntomas más importantes son necesidad de nicotina, irritación, frustración, ansiedad dificultad de concentración, inquietud, disminución del ritmo cardiaco y aumento de apetito o peso (APA, 1987).

A diferencia de otras drogas la nicotina no produce problemas familiares, laborales, sociales o académicos. Sin embargo después de muchos años de fumar producen graves daños en la salud y en muchos casos muerte, una de cada siete (Becoña). Los problemas de salud que produce según López (2005) son mayor predisposición a infecciones del aparato respiratorio, bronquitis, enfisema pulmonar, arteriosclerosis, angina de pecho, infartos por miocardio, disminución de la irrigación cerebral, infartos cerebrales, y cáncer a diferentes niveles en todo el aparato respiratorio, además de cáncer de vejiga, riñón y páncreas.

Cannabis

El cannabis es una planta estimulante denominada Cáñamo (*cannabis sativa*) o Tetrahydrocannabinol que posee dos derivados; la marihuana y el hachís. La primera proviene de sus hojas y comúnmente se la denomina “grifa”, “maría”, “hierba” “toco”, “pasto”, “mota”, “bayer” y “joint”; la segunda proviene de su resina elaborada por raspadura de las hojas y flores de la planta, y comúnmente se la denomina “chocolate”, “costo” y “goma”, y ambas se las consume fumándolas (López, 2005 y Becoña, 1995).

El consumo de marihuana inicialmente puede producir ciertas sensaciones placenteras de alegría, una ligera euforia acompañada de adormecimiento y unas ganas irresistibles de reír, además de dificultades en los procesos mentales complejos, alteración sensorial y alteraciones en la percepción del tiempo. Posteriormente produce depresión y somnolencia (López, 2005). También se ha observado el incremento de la actividad sexual (Becoña, 1995), pero los síntomas varían dependiendo de la cantidad consumida.

En todas las investigaciones se ha reportado que produce graves problemas a la salud como el “aumento del ritmo cardiaco, disminución de la salivación (boca seca), dilatación de los vasos sanguíneos (ojos rojos) y algunas veces sensación de náuseas” (López, 2005).

Aunque se ha subestimado su poder adictivo, la dependencia suele producirse cuando su consumo es casi diario, pudiendo llegar a producir trastornos asociados de Intoxicación y trastorno delirante (Becoña, 1995).

Cocaína

La cocaína o clorhidrato de cocaína es una droga ilegal y de tipo estimulante conocida popularmente como “coca”, “jale” o “toque”. El clorhidrato de cocaína es procesado a partir de la coca (*erythroxylum coca*) y su forma de consumo más común es esfinada, aunque también ser fumada o inyectada.

Los principales efectos que produce son euforia, grandiosidad, estado de alerta, alteraciones en el sueño y el apetito, impulsividad, pérdida de la capacidad de juicio, ansiedad y agresividad, y por lo tanto conducir a actos de violencia, agresión sexual, riñas o peleas. Su uso crónico puede producir delirium y trastorno delirante caracterizado por alucinaciones, paranoia y psicosis, y en altas dosis puede producir arritmias e infartos, incluso la muerte por intoxicación (Becoña, 1995, y López, 2005). Además por producir un estado de hiperactividad cerebral, que dura muy poco tiempo, es muy adictiva y provoca síndrome de abstinencia caracterizado por disforia, dolores gastrointestinales y otras sensaciones desagradables (Spitz & Rosecran, 1990. En: Becoña 1995).

Pasta base de cocaína

Es otra droga derivada de la hoja de coca y precursora del Clorhidrato de cocaína, es más simple químicamente y económica, ya que para elaborar un kilo de cocaína se utiliza entre 3 a 5 kilos de pasta base y productos químicos caros (Becoña, 1995).

La pasta base de cocaína también es una droga estimulante y popularmente se la denomina “pasta base” y su forma de consumo es fumándola.

Los efectos que produce al inicio son euforia y su uso prolongado son angustia, depresión y una fuerte dependencia que hace que la persona quiera consumir cada vez mayores dosis (tolerancia), aunque esta dependencia puede generarse en corto tiempo, como al consumirla casualmente. Además otros efectos que produce son los físicos como vómitos, temblores incontrolados, agitación y mareos (López, 2005).

Opiáceos

Según Becoña (1995) los opiáceos son un conjunto de drogas derivadas del opio (*papaver somniferum*), entre las drogas más importantes derivadas de ésta, están la morfina, la heroína y la metadona. De estas la heroína es la más usada de manera ilegal, su forma común de uso es inyectada por vía intravenosa, aunque también es posible fumarla.

Los efectos que producen son “elevación del estado de ánimo y una sensación placentera de bienestar. Al tiempo que es un analgésico eficaz, también es un potente depresor de los centros respiratorios y la tos. Produce intenso estreñimiento y constricción pupilar” (Becoña, p. 513). La heroína puede producir intoxicación caracterizada por las pupilas en punta de alfiler (miosis), euforia, “apatía, irritabilidad o disforia, retardo psicomotor, somnolencia, lenguaje farfullante, reducción de la atención y deterioro de la capacidad de juicio” (Becoña, p. 513); además del síndrome de abstinencia cuyos síntomas son semejantes al de una gripe, que aparece varias horas después, su punto más álgido es el 2do y 3er día, y desaparece al 7mo o 10mo día.

Alucinógenos

Los alucinógenos también llamados psicodélicos o psicotomiméticos son un conjunto muy extenso de drogas que proviene de diversas especies de vegetales (psilocibina, mescalina) o productos químicos (LSD 25, MDMA).

Los efectos que produce son “mareos, debilidad, náuseas y visión borrosa, alteraciones de las formas y colores, dificultad para enfocar objetos y agudización del sentido del oído” (Becoña, p. 514). Lo característico de estas drogas es que no producen pérdida de la memoria, ni desorientación en tiempo y espacio. Además producen efectos agudos como “alteraciones del estado de ánimo, dificultad para expresar los pensamientos, despersonalización y alucinaciones visuales, estados psicóticos prolongados, depresión, estado de ansiedad crónica y cambios crónicos de la personalidad” (Becoña, p.515).

Los síndromes mentales orgánicos que producen los alucinógenos son intoxicación, trastorno delirante, trastorno del estado de ánimo y trastornos posalucinógenos.

Inhalantes

Los inhalantes son un conjunto de drogas depresoras de uso doméstico, desde los pegamentos hasta los aerosoles y disolventes de pinturas, además de los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran en la gasolina, el tinner, la clefa y en muchos productos industriales y cosméticos. Provocan intoxicación al ser inhalados, causando desorientación. Son usados especialmente por niños y adolescentes, y pueden causar dependencia, hasta la muerte por asfixia.

El consumo de estas drogas es característico de las zonas marginales (empobrecidas). En nuestro medio es característico de niños y adolescentes trabajadores de las calles como lustrabotas, lava autos, etc., pero también “se ha demostrado que éstas sustancias también se usan entre estudiantes” (López, 2005). Los efectos que producen pueden iniciarse a los pocos minutos y para extender sus efectos pueden realizarse muchas inhalaciones, e inicialmente son como en la intoxicación alcohólica acompañado de sentimientos de euforia, sensación de flotar y separación de inhibiciones. Posteriormente sigue la sedación seguido de irritabilidad (posiblemente), finalizando con dolor de cabeza y problemas gastrointestinales (Becoña, 1995).

Su consumo prolongado puede causar “problemas más graves de tipo pulmonar o circulatorio, anemia, hepatitis, trastornos del desarrollo, neuropatías, etc.” (Schuckit, 1989; Weiss y Millman, 1991. En: Becoña, 1995). Además puede producir “destrucción del tejido graso y daños irreversibles en el sistema nervioso central, hígado, riñones, aparato reproductor, la producción de glóbulos rojos y plaquetas sanguíneas” (López, 2005).

Anfetaminas y sustancias afines

Las anfetaminas son un conjunto de drogas estimulantes del SNC que incluyen a las anfetaminas, las dextroanfetaminas, y las metanfetaminas, éstas dos últimas derivadas de la primera. Su consumo puede ser de forma oral, intravenosa o nasal.

Los principales efectos que producen son euforia, disminución del apetito y la fatiga, finalizando con depresión y fatiga. Y, los síndromes mentales orgánicos que producen son intoxicación, síndrome de abstinencia, delirium y trastorno delirante (Becoña, 1995).

Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Son un conjunto de drogas amplio y de enorme consumo de la población. Estas drogas se usan para dormir (hipnóticos) o tratar la ansiedad (ansiolíticos). Dentro de los hipnóticos se encuentran las benzodiazepinas (Valium) y los barbitúricos, y se las ingiere de forma oral. Su consumo generalmente se inicia por prescripción médica para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio, llegando muchas veces a la dependencia, produciendo síndromes mentales orgánicos como intoxicación, síndrome de abstinencia, delirium, trastorno delirante y trastorno amnésicos por sedantes.

Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Bolivia

En estudios realizados en 1996 se encontró un incremento del consumo de drogas (más ilegales) comparado con 1993 (CELIN, 1996a). En otro estudio realizado con adolescentes de 12 a 21 años se halló que la prevalencia del consumo de marihuana, pasta base de cocaína, clorhidrato de cocaína, inhalantes y alucinógenos, en su conjunto, fue de 11.2% y la prevalencia anual llegó a 7.1%, la mensual a 3.2% y la del último mes fue de 6.6% (CELIN, 1996b).

En otro estudio realizado a nivel nacional en 9 ciudades capitales, incluida El Alto, en 3239 adolescentes de 2do y 4to de secundaria, se constató una alta prevalencia de mes para el consumo de alcohol y tabaco, 58.4% y 48.6% respectivamente, siendo ésta 2.5 veces mayor en varones que en mujeres. Un fenómeno interesante es que el inicio del consumo es a partir de los 15 años, muchas veces atribuible al festejo de los "15 años". También se encontró una alta prevalencia de vida de consumo de psicofármacos como tranquilizantes (16.5%) y estimulantes (10.8%). Sin embargo, la prevalencia de mes del uso

reciente de estos psicofármacos no es tan elevada (3.4% y 2.7% respectivamente) (Guillén, et al 1998).

En el año 2005 el CELIN realizó un estudio comparativo de la prevalencia del consumo de drogas de los años 1992, 1996, 1998, 2000 y 2005, en cuyos datos se constata un incremento de la prevalencia del consumo de alcohol tanto de mes, de año, como de vida desde 1992 hasta 2000. En el año 2005 se observa una disminución en la prevalencia, no obstante la prevalencia de mes (42.58%) es muy alta.

Con relación a la prevalencia del consumo de tabaco, se observa el mismo comportamiento del consumo de alcohol un incremento de 1992 al 2000, y un descenso al 2005, con una prevalencia mensual de 25.8%.

Cuando se trata del consumo de drogas ilegales los datos de prevalencia son distintos. En el consumo de marihuana la prevalencia tanto de vida, mes y año aumentó considerablemente, en el caso del consumo del último mes aumentó de 0.2% en 1999 a 1.97% el 2005. De la misma forma se advierte un incremento significativo del consumo de clorhidrato y pasta base de cocaína, de 0.1% a 1.33% y de 0.2% a 1.21% de consumo en último mes respectivamente. Con relación a la prevalencia del consumo de inhalables y alucinógenos se ha observado un leve decremento.

Ahora bien si se realiza un análisis de todas las drogas en conjunto el incremento del consumo a través de los años es evidente. La prevalencia de vida se incrementó de 9.1% en 1992 a 10.61% el 2005, la prevalencia de año de 3.6% a 6.65%, y el consumo en el último mes de 1.75% a 4.51%.

Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas a nivel internacional

En una investigación realizada a nivel nacional en estudiantes de secundaria en Perú por Ferrando (1992) se determinó que la prevalencia de vida para el consumo de alcohol fue

de 50.8%, para el tabaco 39.1%, para la hoja de coca 7.7%, para los inhalantes 3.7%, para la marihuana 2.7% y para el PBC 1.3% (En: Anicama, 2004).

En Chile un estudio realizado a nivel nacional por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE, 2000a) se evidenció que la edad de inicio del consumo de drogas ilícitas disminuyó y la de drogas lícitas se mantuvo al comparar estudios de 1995, 1997 y 1999. En otro estudio realizado por CONACE (2000b) se encontró una prevalencia de vida de 73,2% para el alcohol y 59,2% para el tabaco, también observó un aumento en el consumo de drogas lícitas especialmente en el consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 18 años de edad de 41,1% en 1996 a 46,8% en el 2000, y respecto al consumo de drogas ilícitas de 0,6% a 5,2% respectivamente.

En un estudio realizado por Fraile, Riquelme y Pimenta (2004) en la comuna de Chiguayante, Chile con 301 escolares de 8 a 11 años (edad de inicio del consumo de drogas), se halló que la prevalencia de vida del consumo de alcohol y tabaco fue 16,3% y 18,7% respectivamente, y la droga ilícita más consumida por los escolares fue la marihuana.

En otros estudios también realizados en Chile revisados por Reyes (2000) además de encontrarse datos similares a los anteriores, se revelaron datos muy interesantes como: no se observó diferencias significativas del consumo de drogas en los estratos socioeconómicos y la información que los adolescentes poseen sobre el efecto de las drogas no incide sobre el consumo de las mismas, tal como se ha planteado muchas veces.

CAPITULO III

METODOLOGIA

a) Enfoque de Investigación

Esta es una investigación con un enfoque cuantitativo, cuyos datos van a poder ser cuantificados y analizados con parámetros de la estadística inferencial.

b) Tipo de investigación

La investigación es de tipo correlacional, ya que pretende correlacionar las variables factores protectores y factores de riesgo, con la variable consumo de sustancias psicoactivas

c) Diseño de investigación

El tipo de diseño corresponde al no experimental transaccional, es decir no se manipularán las variables, y van a ser medidas en un solo tiempo mediante la aplicación de las pruebas.

d) Variables

Las variables estudiadas son las siguientes:

Variable Independiente

1. Factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas

1. Relaciones familiares

- Afecto e interés demostrado por la madre
- Tiempo que pasan la madre con el hijo
- Firmeza de las medidas disciplinarias de la madre
- Afecto e interés demostrado por el padre
- Tiempo que pasan el padre con el hijo
- Firmeza de las medidas disciplinarias del padre

2. Factores individuales (Patrones o hábitos de conducta)

- Autocontrol y disciplina
- Autoestima
- Interacción personal y social

3. Factores ambientales

- Actitud o disposición
- Conocimiento y conciencia de riesgo

Variable Independiente

2. Factores de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas

1. Relaciones familiares

- Conducta de los padres
- Actitud de los padres

2. Factores individuales (Patrones o hábitos de conducta)

- Impulsividad
- Hipersensibilidad
- Interacción personal y social

3. Factores ambientales

- Disponibilidad de acceso
- Actitud o disposición
- Presión de grupo

Variable Dependiente

Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas

1. Consumo de drogas legales

- Alcohol

- Tabaco

2. Consumo de drogas ilegales

- Marihuana
- Pasta base de cocaína
- Cocaína
- Inhalables
- Alucinógenos
- Tranquilizantes
- Estimulantes
- Éxtasis

e) Población

La población corresponde a Adolescentes de 6º de secundaria de las Unidades Educativas Privada Adventista Harry Pittman y Colegio Don Bosco de la Ciudad de El Alto.

f) Muestra

La población está conformada por 89 estudiantes de 6º de secundaria de las Unidades Educativas Privada Adventista Harry Pittman y Colegio Don Bosco de la Ciudad de El Alto.

La muestra utilizada en esta investigación es No probabilística, por conveniencia, ya que las unidades educativas estaban disponibles por motivos laborales y permisos de los Directores. Como indica Salkind (1997), una muestra por conveniencia se forma por la accesibilidad de la misma. A este tipo de muestra Kerlinger (2002) lo denomina Muestra Accidental.

g) Técnicas e instrumentos de investigación

Para medir las variables Factores de riesgo y Factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas se utiliza la “Escala de Factores de riesgo y Factores protectores para el consumo de drogas en adolescentes” el cual es adaptado de la “Escala de Factores de riesgo y Factores protectores para el consumo de drogas en adolescentes” (Anicama, 2001) diseñado y aplicado en Lima, Perú (Ver anexo 1) mismo que ya fue aplicado en nuestro medio por otros autores; y el “Cuestionario de prevalencia del consumo de drogas en adolescentes” (Guillén, López, Mejía, Galán & Quiroga, 1998). (Ver anexo 2)

h) Procedimiento

Los pasos que se siguieron para la aplicación de las pruebas “escala de factores de riesgo y factores protectores para el consumo de drogas en adolescentes” y el “Cuestionario de prevalencia del consumo de drogas en Adolescentes” fueron los siguientes:

a) Solicitud de autorización a los Directores

Una vez ubicadas las dos Unidades Educativas se procedió a redactar una carta dirigida al Director Distrital de la ciudad de El Alto, con el propósito de solicitar la autorización respectiva, para el ingreso a los establecimientos mencionados y posterior aplicación de las pruebas.

Posteriormente se redactó otras dos cartas dirigidas a las Directoras de las Unidades Educativas, Privada Adventista Harry Pittman, Lic. Prof. Janneth Fuentes Paredes y Colegio Don Bosco, Lic. Olfa Cortez Loaiza, solicitando los permisos correspondientes para el desarrollo de la investigación.

b) Administración de la prueba en las Unidades Educativas

Una vez logrado los permisos correspondientes de ambas directoras se procedió con la aplicación a los paralelos “A” y “B” de ambos establecimientos.

Inicialmente se hizo la presentación oficial de la investigadora, posteriormente se hizo una explicación en relación a las características de las pruebas, denotando la confidencialidad y anonimato de los participantes.

c) Análisis de datos

Todos los datos obtenidos se introdujeron a una base de datos en formato Excel y posteriormente a SPSS para la respectiva descripción, correlación y posterior interpretación.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Datos Demográficos Descriptivos

4.1.1. Edad

Tabla 1

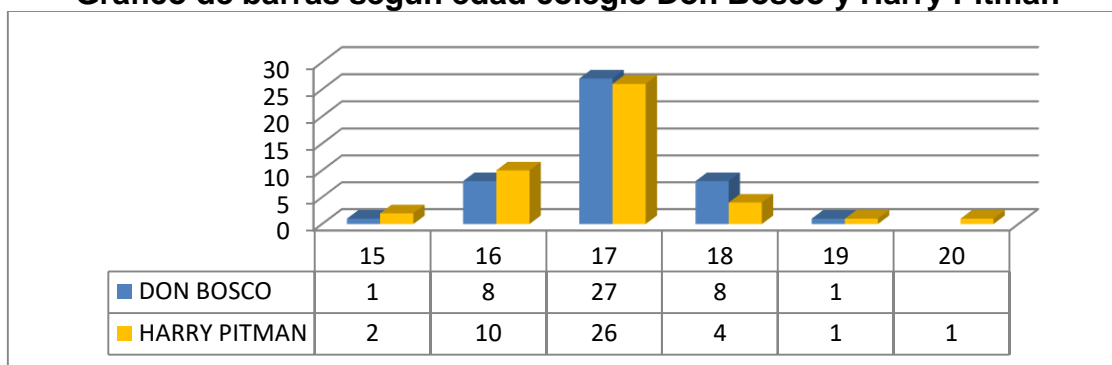
		Edad					
		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Frecuencia Total	Porcentaje Total
edad	15	1	2,2	2	4,5	3	3,35
	16	8	17,8	10	22,7	18	20,25
	17	27	60,0	26	59,1	53	59,55
	18	8	17,8	4	9,1	12	13,45
	19	1	2,2	1	2,3	2	2,25
	20			1	2,3	1	2,3
	Total	45	100,0	44	100,0	89	100

Fuente elaboración propia 2017

La tabla 1 muestra las frecuencias y porcentajes de edades de los estudiantes, siendo el grupo más grande (Moda), los de 17 años de edad (en ambos colegios) con un 59,5% seguido de los 16 años, con un 20,2%. La edad mínima es 15 y la máxima es 20 años.

Gráfico 1

Gráfico de barras según edad colegio Don Bosco y Harry Pitman



Fuente elaboración propia 2017

4.1.2. Sexo

Tabla 2

Sexo

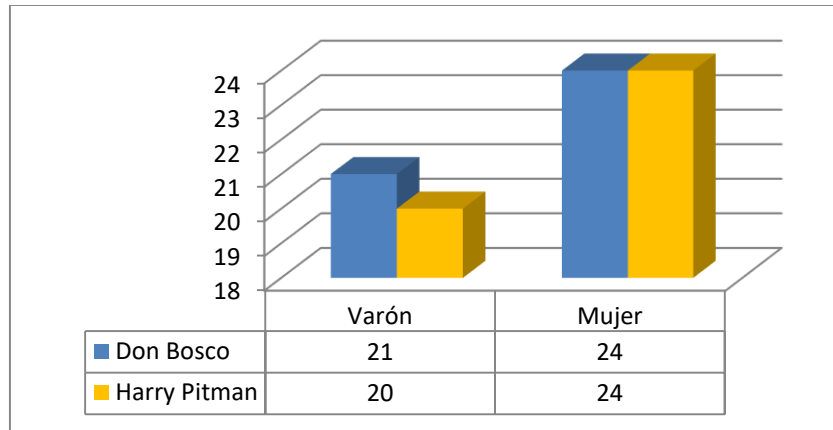
		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Frecuencia Total	Porcentaje Total
Válido	Varón	21	46,7	20	45,5	41	46,1
	Mujer	24	53,3	24	54,5	48	53,9
	Total	45	100,0	44	100,0	89	100

Fuente elaboración propia 2017

En tabla 2 se presenta las frecuencias y porcentajes del sexo de los estudiantes de los colegios Don Bosco y Harry Pittman. Se observa que el grupo de mayor presencia son el de las mujeres con un 53,9% y varones con 46,1% en ambos colegios. Sin embargo ésta diferencia no es significativa, llegando a tener una proporción representativa de cada género.

Gráfico 2

Gráfico de barras según sexo



Fuente elaboración propia 2017

4.1.3. Idioma

Tabla 3

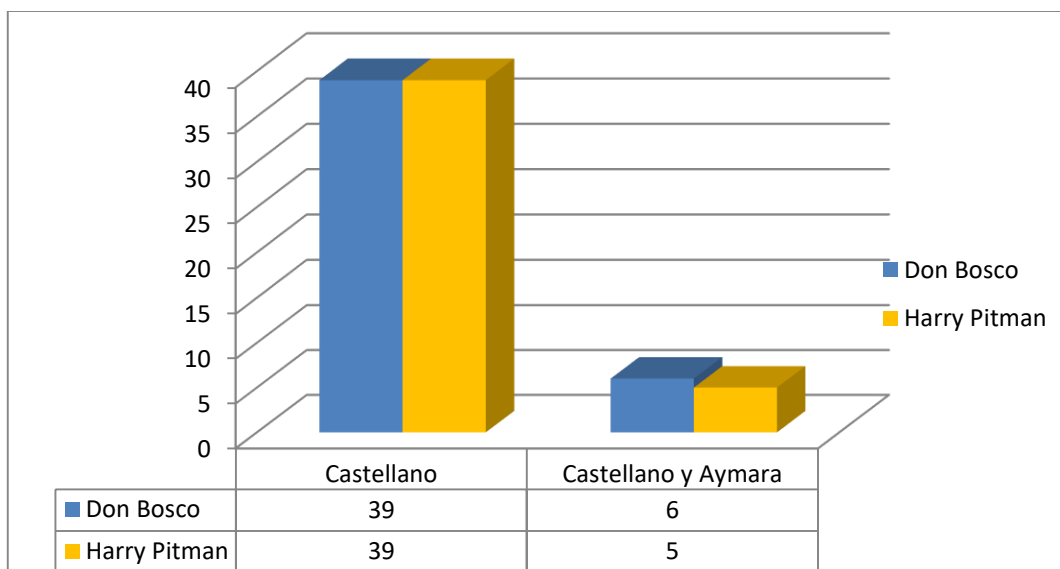
		Idioma					
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
		Don Bosco	Don Bosco	Harry Pitman	Harry Pitman	Total	Total
Válido	Castellano	39	86,7	39	88,6	78	87,65
	Castellano y Aymara	6	13,3	5	11,4	11	12,35
	Total	45	100,0	44	100,0	89	100

Fuente elaboración propia 2017

La tabla 3 muestra las frecuencias y porcentajes del idioma que hablan los estudiantes de los colegios Don Bosco y Harry Pittman. El castellano como lengua materna y exclusiva haciende a un 87,65% y el restante 12,35%, también habla el aymara.

Gráfico 3

Gráfico de barras según idioma



Fuente elaboración propia 2017

4.1.4. Religión

Tabla 4.

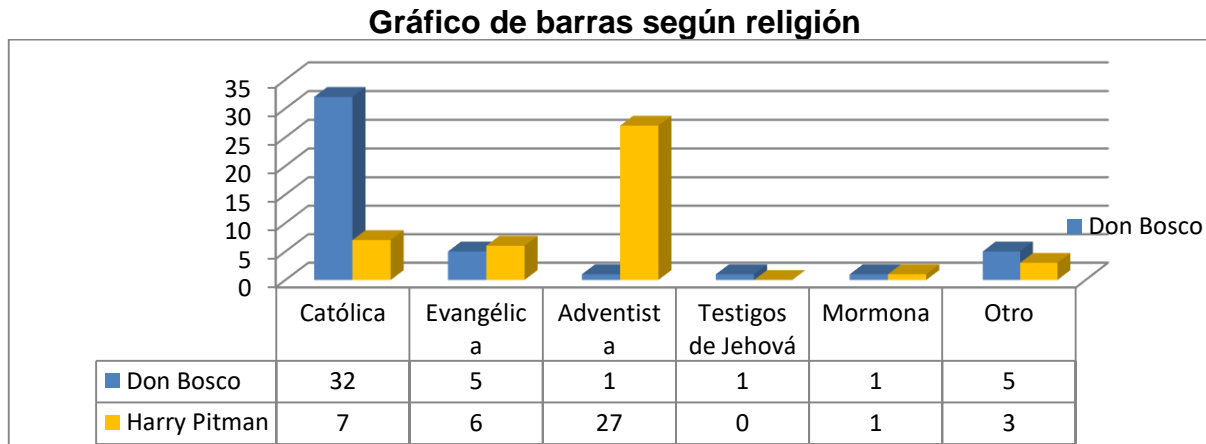
		Religión					
		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Frecuencia Total	Porcentaje Total
Válido	Católica	32	71,1	7	15,9	39	43,5
	Evangélica	5	11,1	6	13,6	11	12,35
	Adventista	1	2,2	27	61,4	28	31,8
	Testigos de Jehová	1	2,2	0	0	1	1,1
	Mormona	1	2,2	1	2,3	2	2,25
	Otro	5	11,1	3	6,8	8	8,95
	Total	45	100,0	44	100,0	89	100

Fuente elaboración propia 2017

En la tabla 4 se presenta las frecuencias y porcentajes de la religión con la que se identifican los estudiantes de los colegios Don Bosco y Harry Pitman, siendo la de mayor predominio la Católica con un 43,5%, seguida de la Adventista con un 31,8% y la menos acogida es la Testigos de Jehová. Una diferencia significativa, como se esperaba, es que la religión católica está más presente en colegio Don Bosco con un 71,1%; y la adventista con

un 61,4% en el colegio Harry Pitman, respondiendo a la orientación religiosa de cada colegio.

Gráfico 4



Fuente elaboración propia 2017

4.1.5. Personas con las convive

Tabla 5

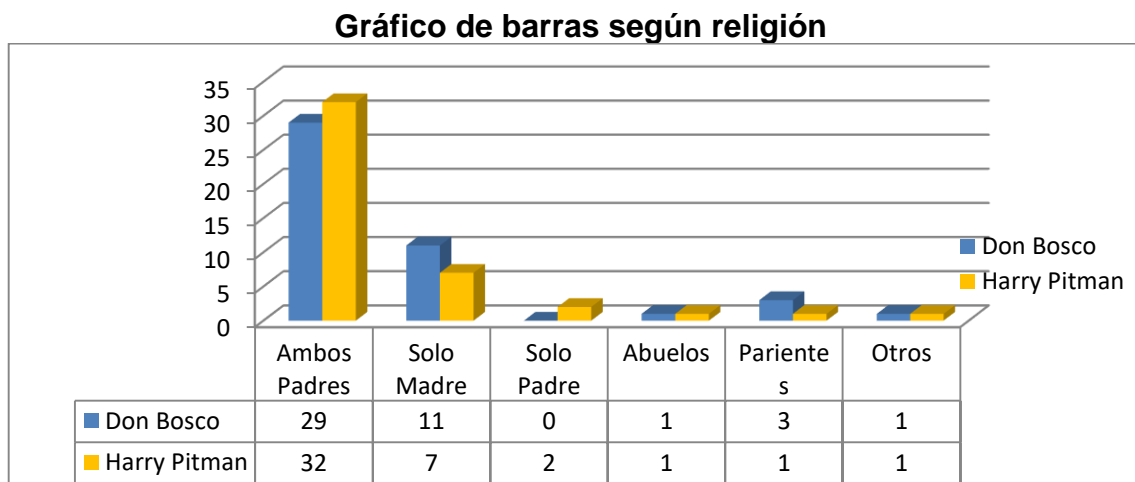
Personas con las que Convive

		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Frecuencia Total	Porcentaje Total
Válido	Ambos Padres	29	64,4	32	72,7	61	68,55
	Solo Madre	11	24,4	7	15,9	18	20,15
	Solo Padre	0	0	2	4,5	2	2,25
	Abuelos	1	2,2	1	2,3	2	2,25
	Parientes	3	6,7	1	2,3	4	4,5
	Otros	1	2,2	1	2,3	2	2,25
	Total	45	100,0	44	100,0	89	100

Fuente elaboración propia 2017

En la tabla 5 se observa las frecuencias y porcentajes de personas (familiares) con las que conviven los estudiantes de los colegios Don Bosco y Harry Pitman, donde el grupo familiar más frecuente de los adolescentes es ambos padres en un 68,5%, seguido de solo con la madre 20,15%. Cabe destacar que los estudiantes del colegio Harry Pitman son los que en mayor proporción conviven con ambos padres (72,7%).

Gráfico 5



Fuente elaboración propia 2017

4.2. Factores Protectores (Análisis Descriptivo)

4.2.1. Factores Familiares: Afecto e Interés de la madre

Tablas 6

Afecto e Interés demostrado por la Madre*Sexo tabulación cruzada

			Sexo Don Bosco		Total	Sexo Harry Pitman		Total	TOTAL	
			Varón	Mujer		Varón	Mujer			
					Recuento					
Afecto e Interés demostrado por la Madre	Nunca	Recuento	1	1	2	0	0	0	0	
		% del total	2,2%	2,2%	4,4%	0	0	0	0,00%	
	Casi Nunca	Recuento	0	2	2	0	1	1	3	
		% del total	0,0%	4,4%	4,4%	0,0%	2,3%	2,3%	3,35%	
	A veces	Recuento	5	1	6	2	2	4	10	
		% del total	11,1%	2,2%	13,3%	4,5%	4,5%	9,1%	11,20%	
	Con frecuencia	Recuento	8	7	15	6	9	15	30	
		% del total	17,8%	15,6%	33,3%	13,6%	20,5%	34,1%	33,70%	
	Con mucha frecuencia	Recuento	7	13	20	12	12	24	44	
		% del total	15,6%	28,9%	44,4%	27,3%	27,3%	54,5%	49,45%	
	Total		Recuento	21	24	45	20	24	44	89
			% del total	46,7%	53,3%	100,0%	45,5%	54,5%	100,0%	100,0%

Fuente elaboración propia 2017

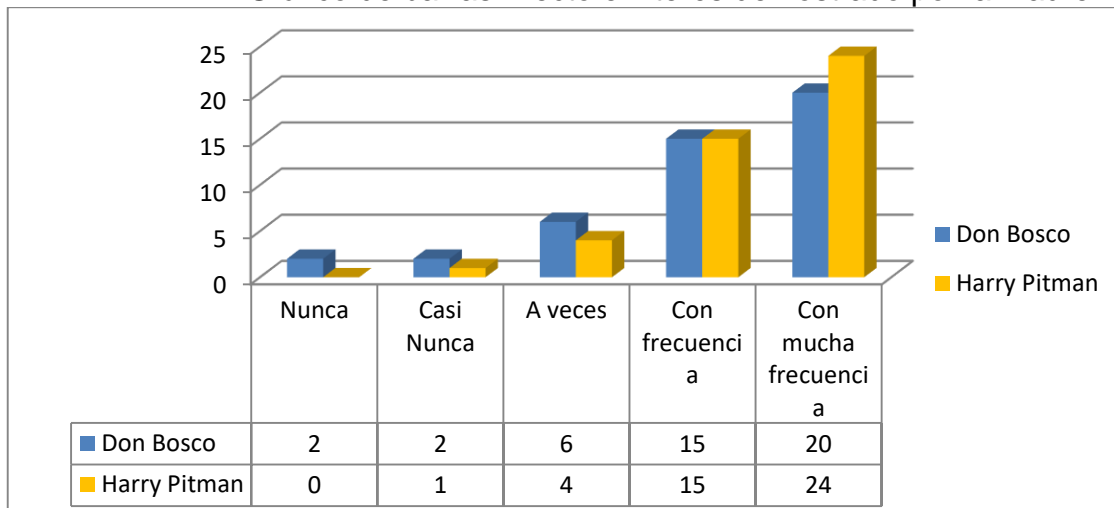
En la tabla y gráfico 6 se muestra las frecuencias y porcentajes de afecto e interés por la madre hacia a sus hijos, siendo el de mayor prevalencia la opción “Con mucha frecuencia”

en un 49,45%, lo cual significa que la madre es un factor protector de los estudiantes de ambos sexos, no obstante se presenta factores de riesgo en bajos porcentajes, con un 3,35%, quienes casi nunca reciben afecto de sus madres.

La diferencia de colegios es notable ya que se aprecia que los adolescentes de UE Harry Pitman reciben afecto con mayor frecuencia que los de la UE Don Bosco (44.4% - 54.5%).

Gráfico 6

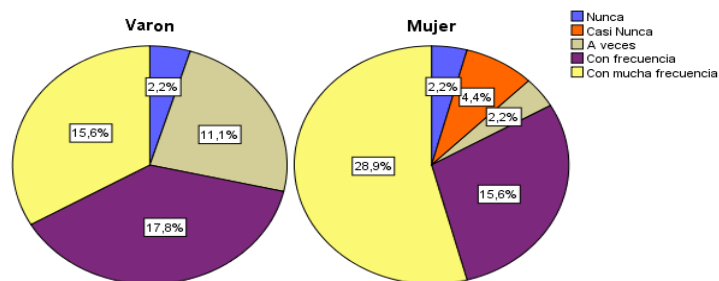
Gráfico de barras Afecto e interés demostrado por la Madre



Fuente elaboración propia 2017

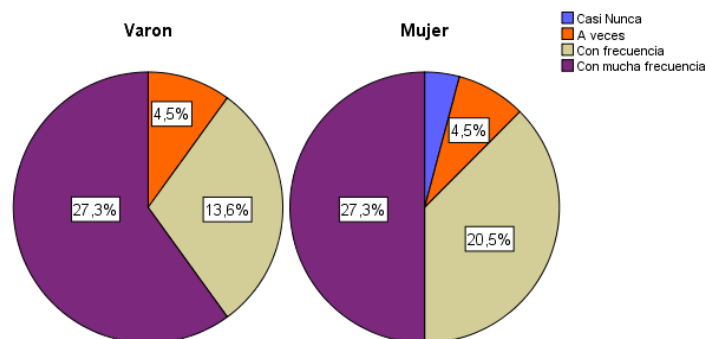
Gráfico 6.1

Afecto e Interés demostrado por la Madre



Fuente elaboración propia 2017

Afecto e Interés demostrado por la Madre



Fuente elaboración propia 2017

4.2.2. Factores Familiares: Afecto e Interés del padre

Tabla 7

Afecto e Interés demostrado por el Padre*Sexo tabulación cruzada

			Sexo Don Bosco		Total	Sexo Harry Pitman		Total	TOTAL
			Varon	Mujer		Varon	Mujer		
			Afecto e Interés demostrado por el Padre		Recuento				
Nunca	Recuento	0	2	2	2	1	3	5	
	% del total	0,0%	4,4%	4,4%	4,5%	2,3%	6,8%	5,60%	
Casi Nunca	Recuento	1	2	3	2	1	3	6	
	% del total	2,2%	4,4%	6,7%	4,5%	2,3%	6,8%	6,75%	
A veces	Recuento	6	6	12	3	2	5	17	
	% del total	13,3%	13,3%	26,7%	6,8%	4,5%	11,4%	19,05%	
Con frecuencia	Recuento	8	9	17	5	11	16	33	
	% del total	17,8%	20,0%	37,8%	11,4%	25,0%	36,4%	37,10%	
Con mucha frecuencia	Recuento	6	5	11	8	9	17	28	
	% del total	13,3%	11,1%	24,4%	18,2%	20,5%	38,6%	31,50%	
Total		Recuento	21	24	45	20	24	44	89
		% del total	46,7%	53,3%	100,0%	45,5%	54,5%	100,0%	100,0%

Fuente elaboración propia 2017

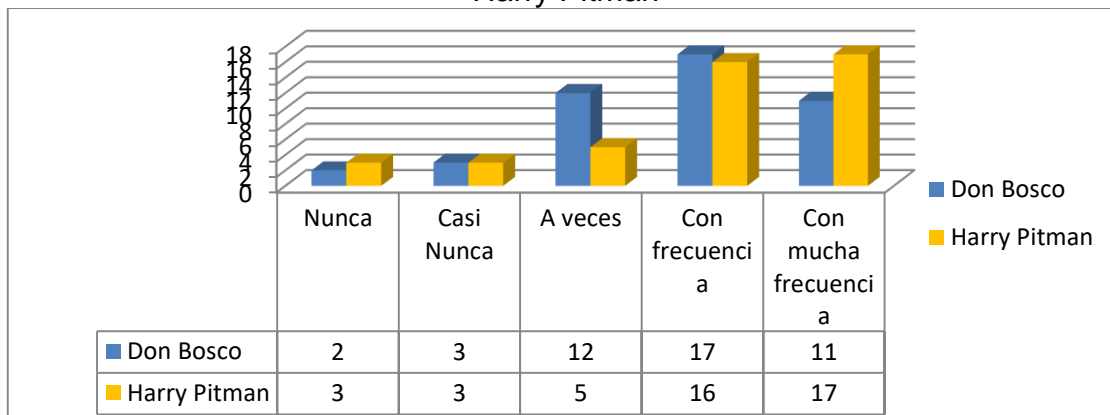
La tabla 7 y gráfico se muestra las frecuencias y porcentajes de afecto e interés por el padre hacia a sus hijos, siendo el de mayor prevalencia la opción “Con frecuencia en un 37,1%, lo cual significa que el padre es un factor protector de los estudiantes de ambos sexos, sin embargo se da también factores de riesgo en bajos porcentajes con 5,6%, en los que el padre nunca les demuestra afecto.

En esta variable nuevamente se observa la diferencia de Unidades Educativas, donde los adolescentes de la UE Harry Pitman reciben afecto de sus padres más frecuentemente que los de UE Don Bosco (24,4% - 38,6%).

Otra diferencia notable es el afecto demostrado por madres y padres, ya que las madres demuestran afecto más frecuentemente que los padres (49,45% - 31,50%), haciéndose notar la ausencia del padre en el 20,15% de los adolescentes que solo viven con la madre.

Gráfico 7

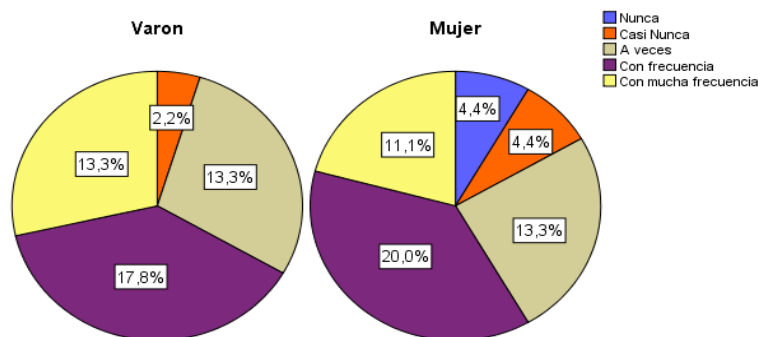
Gráfico de barras Afecto e interés demostrado por el Padre de los colegios Don Bosco y Harry Pitman



Fuente elaboración propia 2017

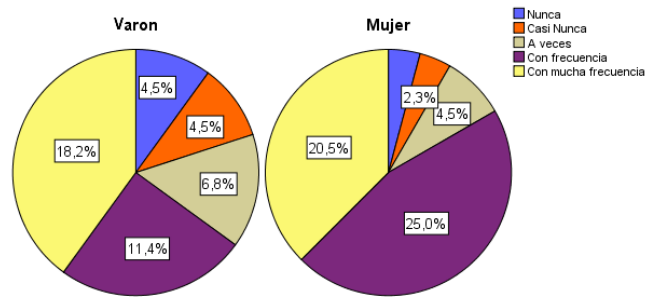
Gráfico 7.1

Afecto e Interes demostrado por el Padre



Fuente elaboración propia 2017

Afecto e Interés demostrado por el Padre



Fuente elaboración propia 2017

4.2.3. Factores Familiares: Tiempo que pasa la madre con los hijos.

Tablas 8

Tiempo de la Madre en pasar con sus hijos*Sexo tabulación cruzada

			Sexo		Total	Sexo		Total	TOTAL	
			Don Bosco			Harry Pitman				
			Varon	Mujer		Varon	Mujer			
Tiempo de la Madre en pasar con sus hijos	Nunca	Recuento	1	3	4	2	0	2	6	
		% del total	2,2%	6,7%	8,9%	4,5%	0,0%	4,5%	6,70%	
	Casi Nunca	Recuento	4	4	8	2	4	6	14	
		% del total	8,9%	8,9%	17,8%	4,5%	9,1%	13,6%	15,70%	
	A veces	Recuento	11	1	12	4	5	9	21	
		% del total	24,4%	2,2%	26,7%	9,1%	11,4%	20,5%	23,60%	
	Con frecuencia	Recuento	3	7	10	4	5	9	19	
		% del total	6,7%	15,6%	22,2%	9,1%	11,4%	20,5%	21,35%	
	Con mucha frecuencia	Recuento	2	9	11	8	10	18	29	
		% del total	4,4%	20,0%	24,4%	18,2%	22,7%	40,9%	32,65%	
	Total		Recuento	21	24	45	20	24	44	89
			% del total	46,7%	53,3%	100,0%	45,5%	54,5%	100,0%	100,0%

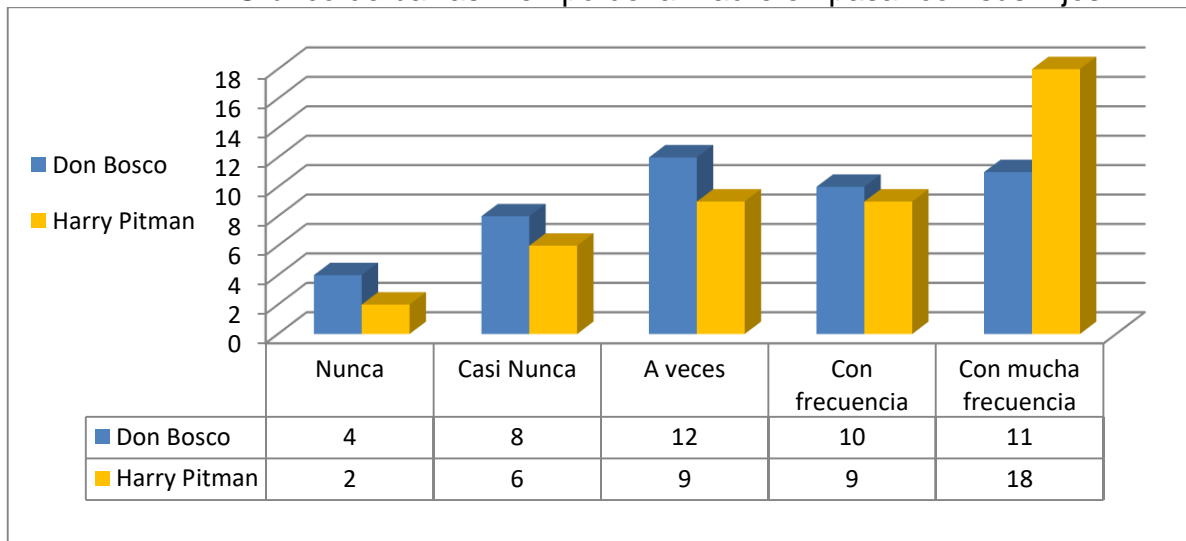
Fuente elaboración propia 2017

La tabla 8 y gráfico 8 se muestra las frecuencias y porcentajes de tiempo que pasa la madre con sus hijos. El 32,65% de las madres pasan tiempo con mucha frecuencia con sus hijos adolescentes y el 21,35% con frecuencia. Por lo tanto el 53,9% de las madres pasa tiempo con sus hijos adolescentes con frecuencia y con mucha frecuencia. Solo el 6,7% indica que no pasan tiempo con ellos nunca.

Con relación a las diferencias de colegios, también se denota que las madres de la UE Harry Pitman pasan tiempo con más frecuencia con sus hijos que las madres de la UE Don Bosco (40,9% - 24,4%).

Gráfico 8

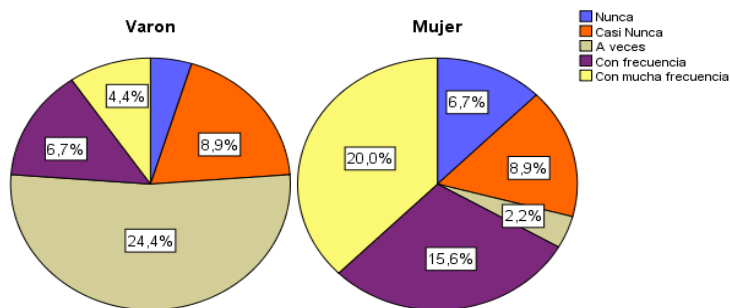
Gráfico de barras Tiempo de la Madre en pasar con sus hijos



Fuente elaboración propia 2017

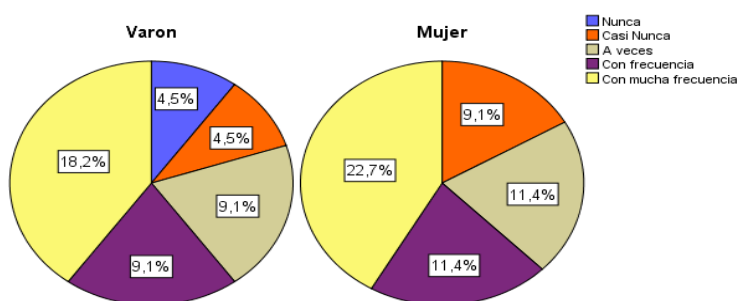
Gráfico 8.1

Tiempo de la Madre en pasar con sus hijos



Fuente elaboración propia 2017

Tiempo de la Madre en pasar con sus hijos



Fuente elaboración propia 2017

4.2.4. Factores Familiares: Tiempo que pasa el padre con los hijos.

Tabla 9

Tiempo del Padre en pasar con sus hijos*Sexo tabulación cruzada

		Sexo Don Bosco		Total	Sexo Harry Pitman		Total	TOTAL		
		Varon	Mujer		Varón	Mujer				
Tiempo del Padre en pasar con sus hijos	Nunca	Recuento	1	6	7	2	1	3	10	
		% del total	2,2%	13,3%	15,6%	4,5%	2,3%	6,8%	11,20%	
	Casi Nunca	Recuento	3	4	7	2	2	4	11	
		% del total	6,7%	8,9%	15,6%	4,5%	4,5%	9,1%	12,35%	
	A veces	Recuento	9	8	17	4	8	12	29	
		% del total	20,0%	17,8%	37,8%	9,1%	18,2%	27,3%	32,55%	
	Con frecuencia	Recuento	8	3	11	7	9	16	27	
		% del total	17,8%	6,7%	24,4%	15,9%	20,5%	36,4%	30,40%	
	Con mucha frecuencia	Recuento	0	3	3	5	4	9	12	
		% del total	0,0%	6,7%	6,7%	11,4%	9,1%	20,5%	13,60%	
	Total		Recuento	21	24	45	20	24	44	89
			% del total	46,7%	53,3%	100,0%	45,5%	54,5%	100,0%	100,0%

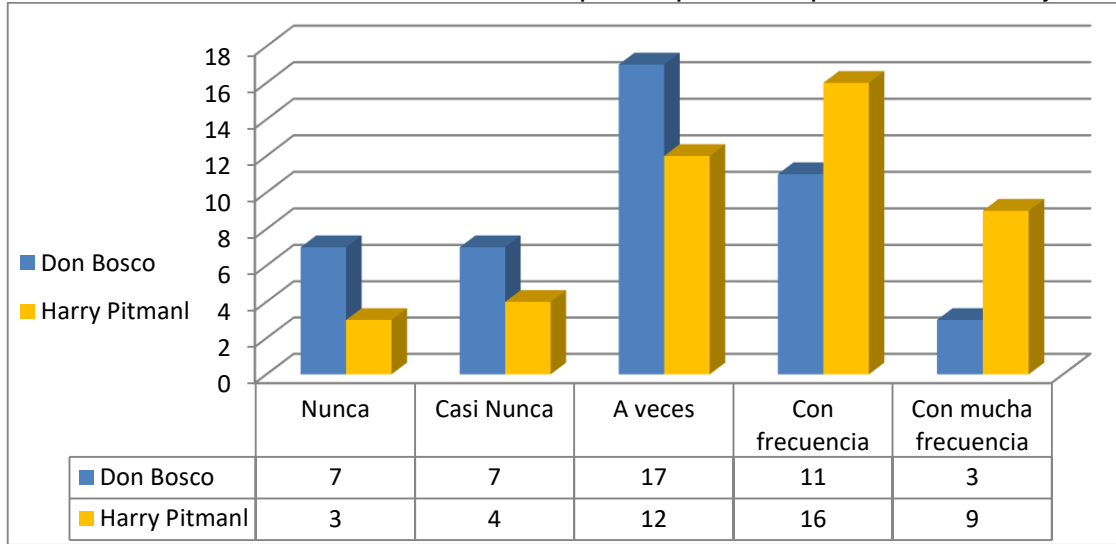
Fuente elaboración propia 2017

La tabla 9 y gráfico 9 se muestra las frecuencias y porcentajes de tiempo que pasa el padre con sus hijos. El 13,6% de los padres pasan tiempo con mucha frecuencia con sus hijos adolescentes y el 30,4% con frecuencia. Por lo tanto el 44% de los padres pasa tiempo con sus hijos adolescentes con frecuencia y con mucha frecuencia. Y, el 11,2% indica que no pasan tiempo con ellos nunca, aspecto a donotar tomando en cuenta que el 31% no vive con su padre.

Con relación a las diferencias de colegios, también se denota que los padres de la UE Harry Pitman pasan tiempo con más frecuencia con sus hijos que los padres de la UE Don Bosco (20,5% - 6,7%).

Gráfico 9

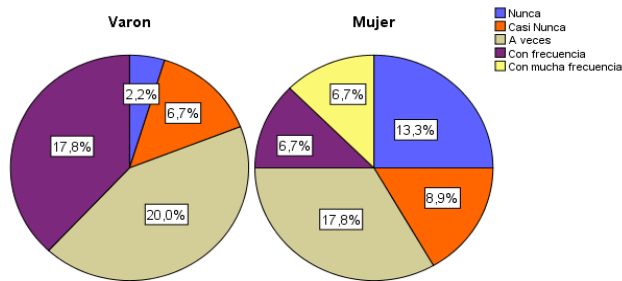
Gráfico de barras Tiempo del padre en pasar con sus hijos



Fuente elaboración propia 2017

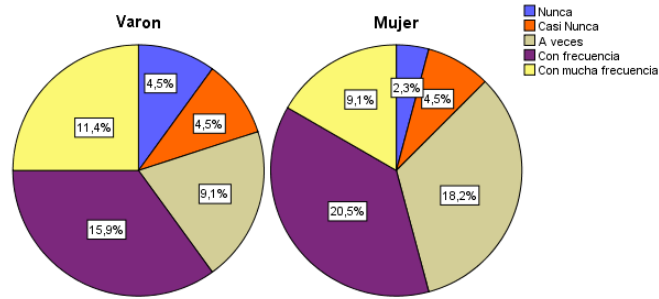
Gráfico 9.1

Tiempo del Padre en pasar con sus hijos



Fuente elaboración propia 2017

Tiempo del Padre en pasar con sus hijos



Fuente elaboración propia 2017

4.2.5. Factores Familiares: Firmeza en la medida disciplinaria de la madre.

Tabla 10

Firmeza de la Madre en Disciplinar*Sexo

			Sexo		Tota	Sexo		Total	TOTAL	
			Don Bosco I			Harry Pitman				
			Varón	Mujer	Varón	Mujer				
Firmeza de la Madre en Disciplinar	Nunca	Recuento	0	1	1	1	0	1	2	
		% del total	0,0%	2,2%	2,2%	2,3%	0,0%	2,3%	2,25%	
	Casi Nunca	Recuento	2	2	4	1	0	1	5	
		% del total	4,4%	4,4%	8,9%	2,3%	0,0%	2,3%	5,60%	
	A veces	Recuento	5	1	6	1	3	4	10	
		% del total	11,1%	2,2%	13,3%	2,3%	6,8%	9,1%	11,20%	
	Con frecuencia	Recuento	11	6	17	9	13	22	39	
		% del total	24,4%	13,3%	37,8%	20,5%	29,5%	50,0%	43,90%	
	Con mucha frecuencia	Recuento	3	14	17	8	8	16	33	
		% del total	6,7%	31,1%	37,8%	18,2%	18,2%	36,4%	37,10%	
	Total		Recuento	21	24	45	20	24	44	89
			% del total	46,7%	53,3%	100,0%	45,5%	54,5%	100,0%	100

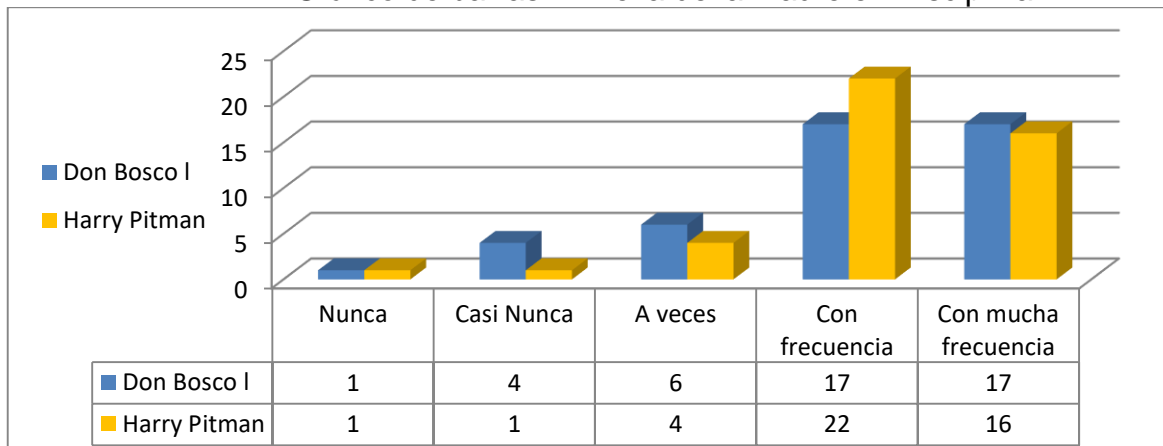
Fuente elaboración propia 2017

En la tabla 10 y gráfico 10 se muestra las frecuencias y porcentajes de firmeza de las medidas disciplinarias de la madre hacia a sus hijos. El 43,9% de las madres es firme en las medidas disciplinarias con frecuencia y el 37,1% lo es con mucha frecuencia, haciendo un total del 81% de madres que son firmes en la disciplina.

Se observa que en esta variable no existe una diferencia significativa en la firmeza disciplinaria de las madres de las Unidades Educativas.

Gráfico 10

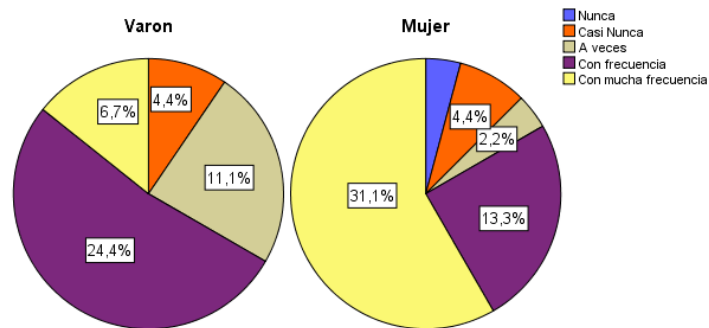
Gráfico de barras Firmeza de la Madre en Disciplinar



Fuente elaboración propia 2017

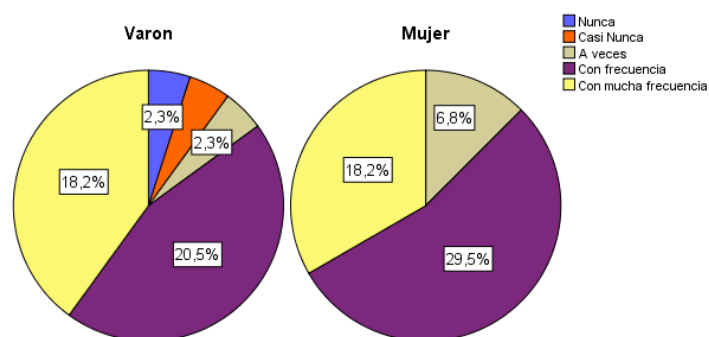
Gráfico 10.1

Firmeza de la Madre en Diciplinar



Fuente elaboración propia 2017

Firmeza de la Madre en Dicipinar



Fuente elaboración propia 2017

4.2.6. Factores Familiares: Firmeza en la medida disciplinaria del padre.

Tabla 11

			Sexo Don Bosco		Total	Sexo Harry Pitman		Total	TOTAL
			Varon	Mujer		Varón	Mujer		
			Firmeza del Padre en Dicipinar		Recuento				
Firmeza del Padre en Dicipinar	Nunca	Recuento	2	3	5	2	1	3	8
		% del total	4,4%	6,7%	11,1%	4,5%	2,3%	6,8%	8,95%
	Casi Nunca	Recuento	1	3	4	3	1	4	8
		% del total	2,2%	6,7%	8,9%	6,8%	2,3%	9,1%	9,00%
	A veces	Recuento	5	6	11	2	5	7	18
		% del total	11,1%	13,3%	24,4%	4,5%	11,4%	15,9%	20,15%
	Con frecuencia	Recuento	7	4	11	6	7	13	24
		% del total	15,6%	8,9%	24,4%	13,6%	15,9%	29,5%	26,95%
	Con mucha frecuencia	Recuento	6	8	14	7	10	17	31
		% del total	13,3%	17,8%	31,1%	15,9%	22,7%	38,6%	34,85%
Total		Recuento	21	24	45	20	24	44	89
		% del total	46,7%	53,3%	100,0%	45,5%	54,5%	100,0%	100%

Fuente elaboración propia 2017

En la tabla 11 y gráfico 11 se muestra las frecuencias y porcentajes de firmeza de las medidas disciplinarias del padre hacia a sus hijos. El 34,85% de los padres es firme en las medidas disciplinarias con mucha frecuencia y el 26,95% lo es con frecuencia, haciendo un total del 61,8% de padres que son firmes en la disciplina.

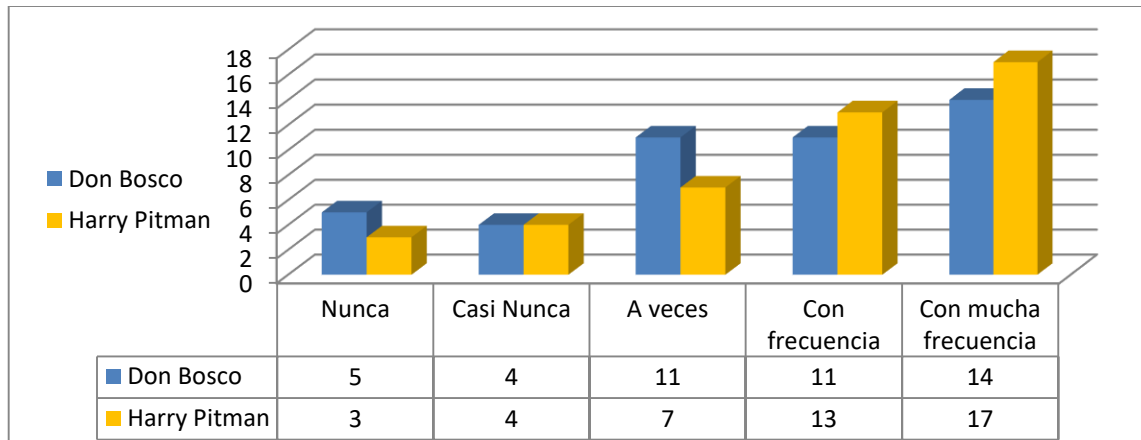
Se observa que en esta variable la existencia de cierta diferencia en la firmeza disciplinaria de los padres de las Unidades Educativas, donde los padres de la UE Harry

Pitmann son más frecuentemente firmes en la disciplina que los de UE Don Bosco (38,6% - 31,1%).

Otra diferencia interesante es que las madres son más frecuentemente firmes en la disciplina que los padres (81% - 61,8%).

Gráfico 11

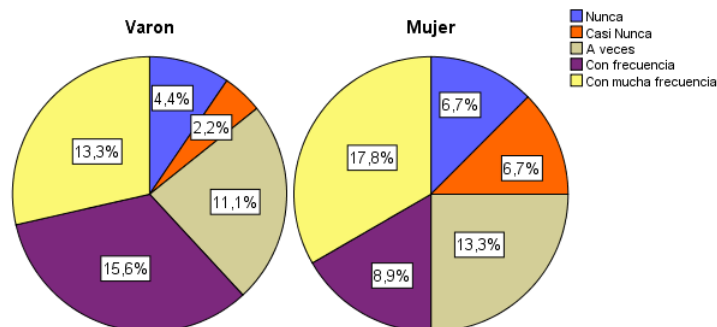
Gráfico de barras Firmeza del Padre en Disciplinar, de los colegios Don Bosco y Harry Pitman



Fuente elaboración propia 2017

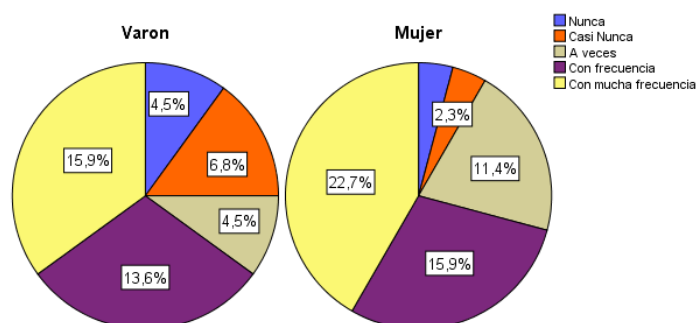
Gráfico 11.1

Firmeza del Padre en Diciplinar



Fuente elaboración propia 2017

Firmeza del Padre en Diciplinar



Fuente elaboración propia 2017

4.2.7. Factores Personales: Autocontrol Disciplina

Tabla 12

		Autocontrol Disciplina				
		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Porcentaje Total
Válido	Casi Nunca	2	4,4	1	2,3	3,35
	A veces	11	24,4	9	20,5	22,45
	Con frecuencia	17	37,8	23	52,3	45,05
	Con mucha frecuencia	15	33,3	11	25,0	29,15
	Total	45	100,0	44	100,0	100,0

Fuente elaboración propia 2017

En la tabla 12 y gráfico 12 se muestra las frecuencias y porcentajes de Autocontrol-Disciplina de los adolescentes.

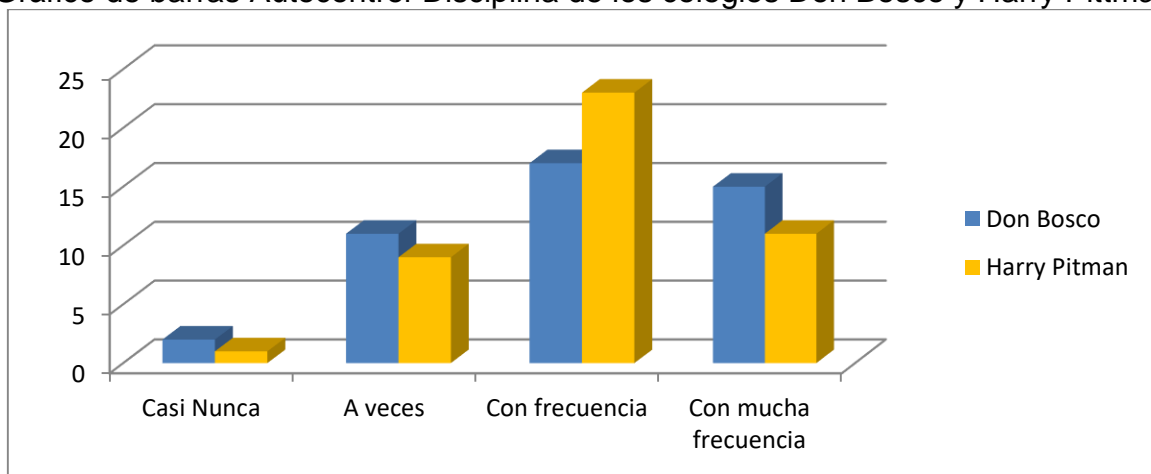
En la UE Don Bosco el de mayor prevalencia es la opción Con frecuencia en un 37,8%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección, en cuanto a sus responsabilidades, sin embargo los factores de riesgo se presentan en bajos porcentajes con 24,4% y 4,4%.

También muestra las frecuencias y porcentajes de Autocontrol-Disciplina del col. Harry Pitman, siendo el de mayor prevalencia, la opción Con frecuencia en un 52,3%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección, en cuanto a sus

responsabilidades, sin embargo los factores de riesgo se presentan en bajos porcentajes con 20,5% y 2,3%.

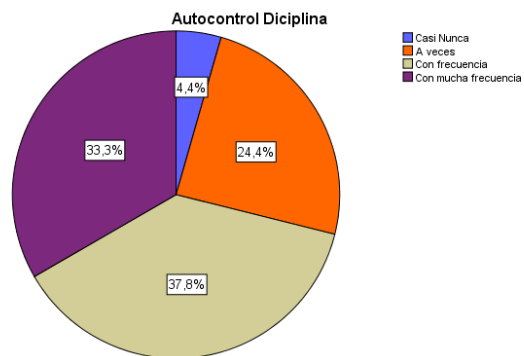
Gráfico 12

Gráfico de barras Autocontrol-Disciplina de los colegios Don Bosco y Harry Pittman

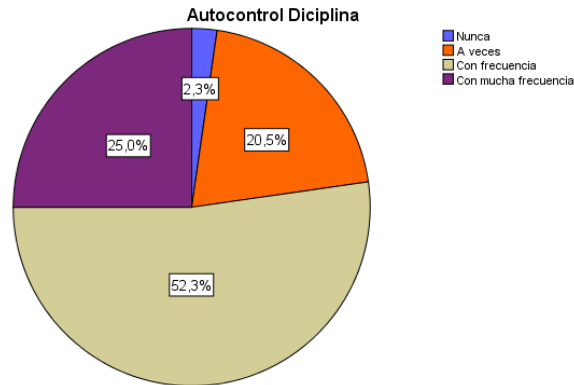


Fuente elaboración propia 2017

Gráfico 12.1



Fuente elaboración propia 2017



Fuente elaboración propia 2017

4.2.8. Factores Personales: Autoestima

Tabla 13

		Autoestima				
		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Porcentaje Total
Válido	Casi Nunca	1	2,2	1	2,3	2,25
	A veces	8	17,8	5	11,4	14,6
	Con frecuencia	18	40,0	19	43,2	41,6
	Con mucha frecuencia	18	40,0	19	43,2	41,6
	Total	45	100,0	44	100,0	100,0

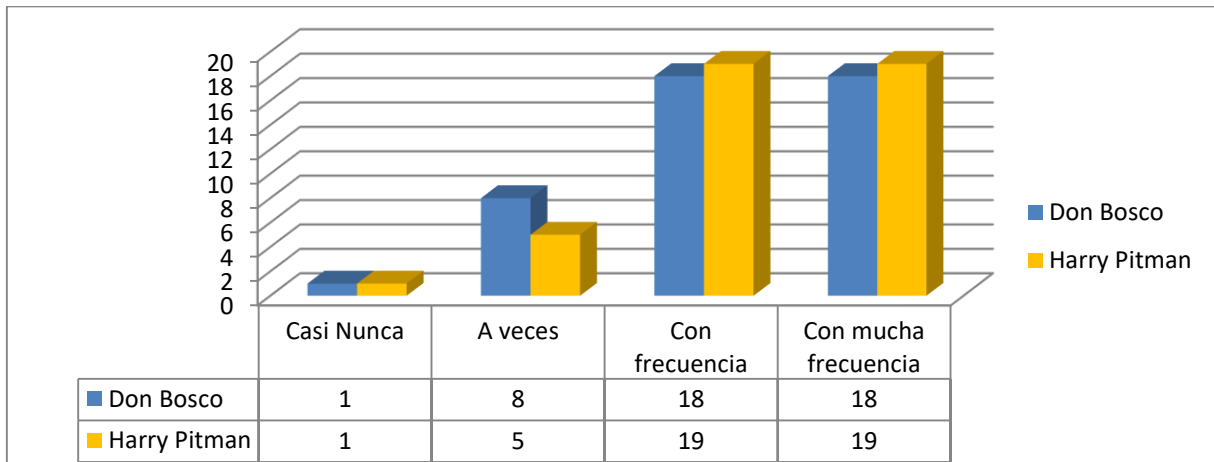
Fuente elaboración propia 2017

La tabla 13 muestra las frecuencias y porcentajes de Autoestima, siendo el de mayor prevalencia en el col. Don Bosco, la opción Con frecuencia y Con mucha frecuencia ambos en un 40%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección, en cuanto a su autoestima.

De igual modo las frecuencias y porcentajes de Autoestima en el col. Harry Pittman, siendo el de mayor prevalencia, la opción Con frecuencia y Con mucha frecuencia ambos en un 43,2%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección, en cuanto a su autoestima.

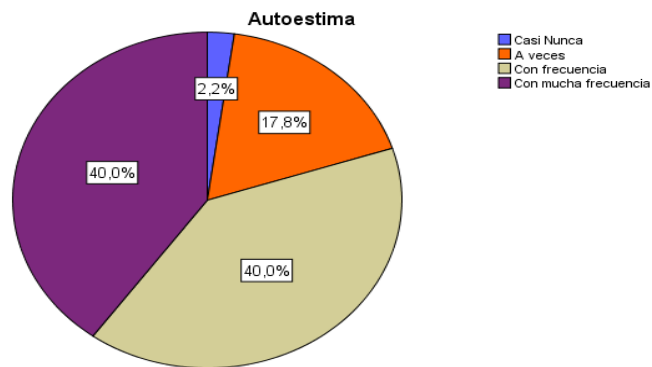
Gráfico 13

Gráfico de barras Autoestima

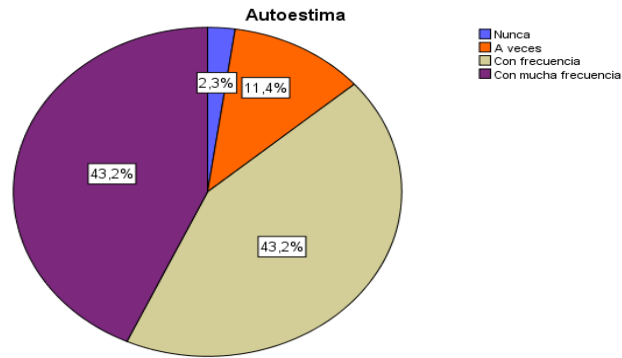


Fuente elaboración propia 2017

Gráfico 13.1



Fuente elaboración propia 2017



Fuente elaboración propia 2017

4.2.9. Factores Personales: Interacción Personal y Social

Tabla 14

		Interacción Personal y Social (positiva)				
		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Porcentaje Total
Válido	Nunca	1	2,2	2	4,5	3,35
	Casi Nunca	10	22,2	7	15,9	19,05
	A veces	18	40,0	12	27,3	33,65
	Con frecuencia	13	28,9	14	31,8	30,35
	Con mucha frecuencia	3	6,7	9	20,5	13,6
	Total	45	100,0	44	100,0	100,0

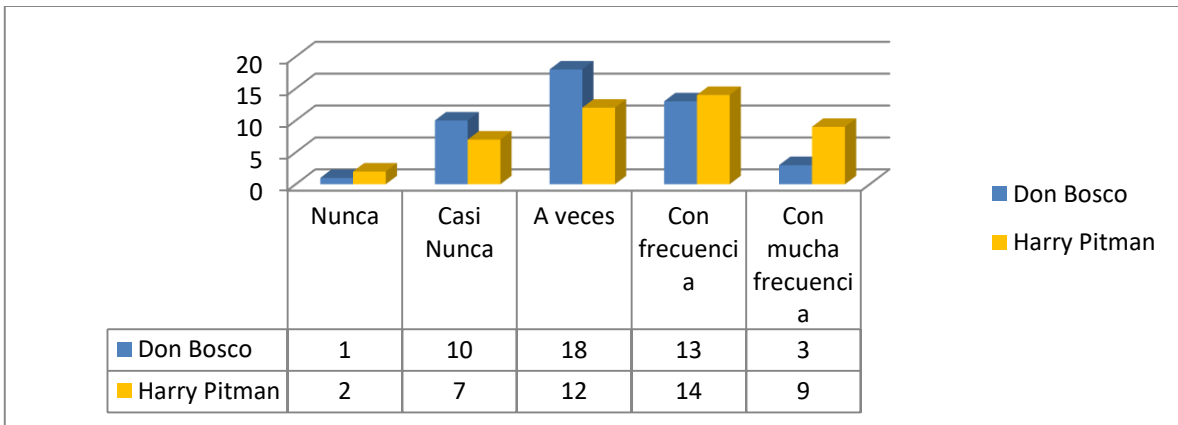
Fuente elaboración propia 2017

La tabla 14 muestra las frecuencias y porcentajes de Interacción Personal y Social (positivo) del col. Don Bosco, siendo el de mayor prevalencia, la opción A veces en un 40%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección en cuanto a su relación con los demás.

También muestra las frecuencias y porcentajes de Interacción Personal y Social (positivo), del col. Harry Pittman, siendo el de mayor prevalencia, la opción Con frecuencia en un 31,8%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección en cuanto a su relación con los demás.

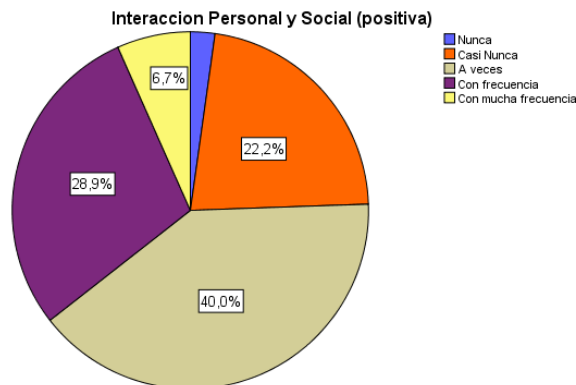
Gráfico 14

Gráfico de barras Interacción personal y social (positiva) de los colegios Don Bosco y Harry Pittman

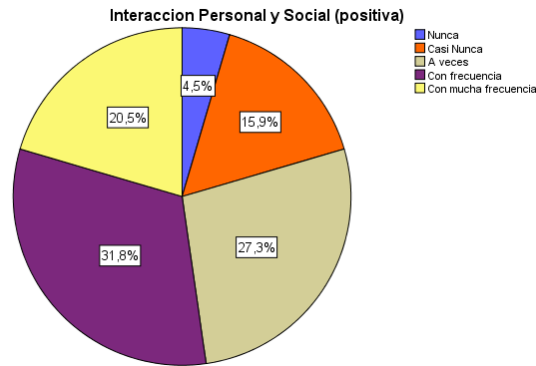


Fuente elaboración propia 2017

Gráfico 14.1



Fuente elaboración propia 2017



Fuente elaboración propia 2017

4.2.10. Factores Ambientales: Actitud o disposición

Tabla 15

Actitud hacia el factor Protector*Sexo tabulación cruzada

		Sexo Don		Total	Sexo col. Harry		Total	TOTAL %
		Bosco			Pitman			
		Varon	Mujer		Varon	Mujer		
Actitud hacia el factor de Protector	Nunca	2	0	2	3	1	4	34,83
	Casi Nunca	4	1	5	1	1	2	13,48
	A veces	1	1	2	0	1	1	7,87
	Con frecuencia	3	2	5	4	3	7	6,74
	Con mucha frecuencia	11	20	31	12	18	30	37,08
Total		21	24	45	20	24	44	100

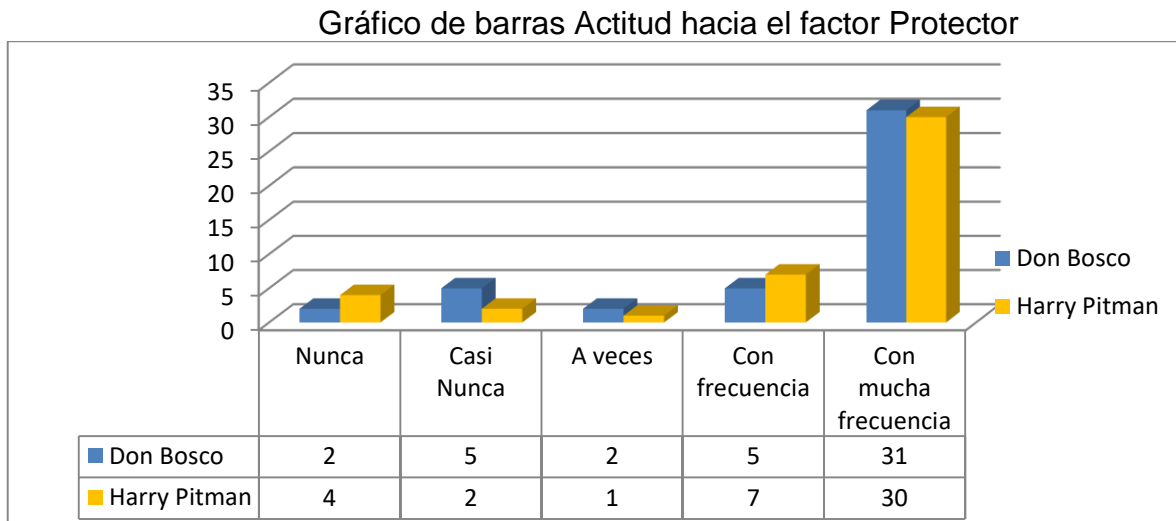
Fuente elaboración propia 2017

La tabla 15 muestra las frecuencias y porcentajes de Actitud o disposición negativa (Factor Protector) del col. Don Bosco, siendo el de mayor prevalencia, la opción Con mucha frecuencia donde 11 estudiantes varones y 20 estudiantes mujeres, indicaron que debería controlarse más la venta de alcohol y tabaco a los adolescentes, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección, en cuanto a sus conocimientos de lo dañino que también es el consumo de alcohol y tabaco para la vida.

También la tabla muestra las frecuencias y porcentajes de Actitud o disposición negativa (Factor Protector) del col. Harry Pittman, siendo el de mayor prevalencia, la opción Con mucha frecuencia donde 12 estudiantes varones y 18 estudiantes mujeres, indicaron

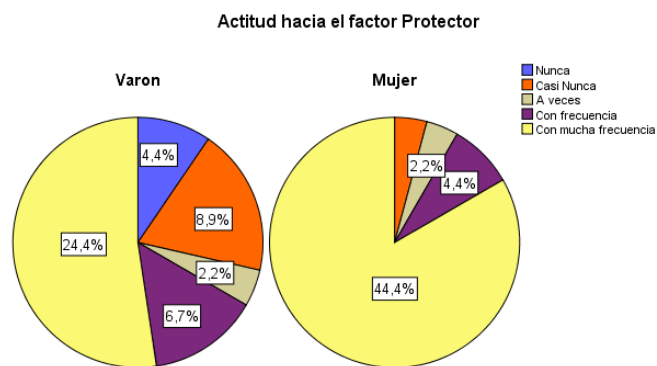
que debería controlarse más la venta de alcohol y tabaco a los adolescentes, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección, en cuanto a sus conocimientos de lo dañino que también es el consumo de alcohol y tabaco para la vida.

Gráfico 15



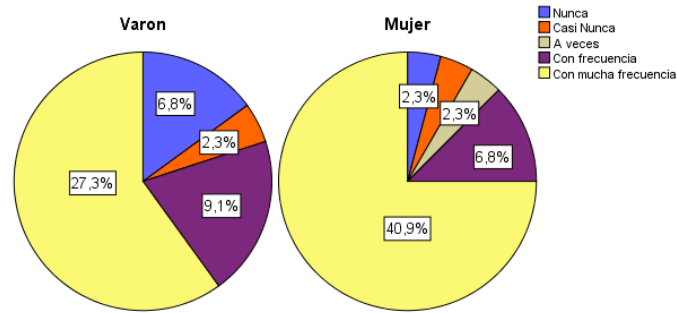
Fuente elaboración propia 2017

Gráfico 15.1



Fuente elaboración propia 2017

Actitud hacia el factor Protecto



Fuente elaboración propia 2017

4.2.11. Factores Ambientales: Conocimiento y conciencia de riesgo

Tabla 16

Conocimiento y conciencia de Riesgos*Sexo tabulación cruzada

		Sexo Don Bosco		Total	Sexo col. Harry Pitman		Total	TOTAL %
		Varon	Mujer		Varon	Mujer		
		Conocimiento y conciencia de Riesgos	Nunca	0	0	0	1	0
Casi Nunca	2		1	3	1	2	3	6,74
A veces	9		6	15	5	8	13	31,46
Con frecuencia	9		16	25	12	13	25	56,18
Con mucha frecuencia	1		1	2	1	1	2	4,49
Total		21	24	45	20	24	44	100

Fuente elaboración propia 2017

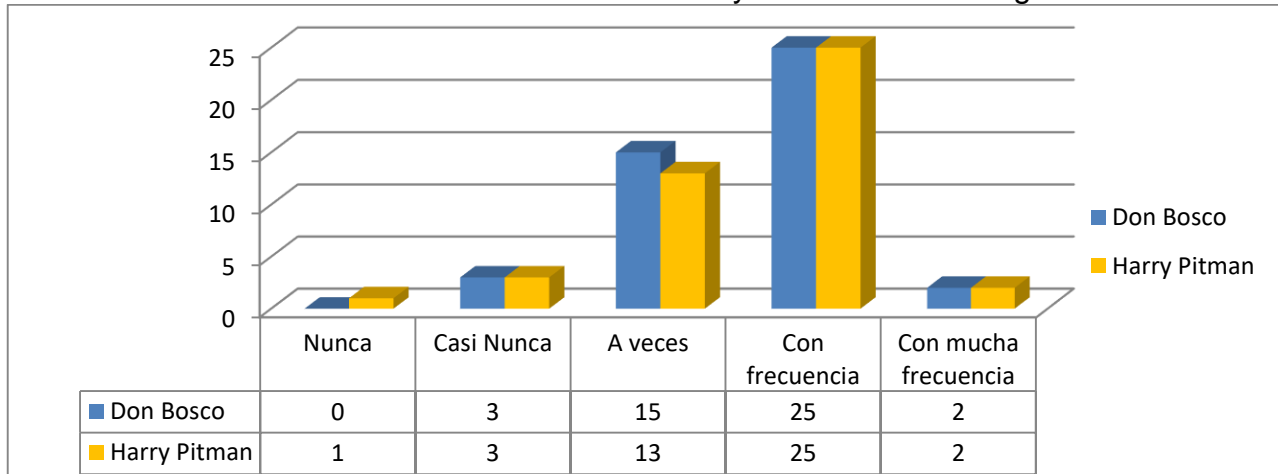
La tabla 16 muestra las frecuencias y porcentajes de Conocimiento y conciencia de Riesgo del colegio Don Bosco, siendo el de mayor prevalencia, la opción Con frecuencia donde 9 estudiantes varones y 16 estudiantes mujeres, indicaron que tienen conocimiento y son conscientes de lo dañino que son las drogas, alcohol y tabaco para el adolescente lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección.

La tabla muestra también las frecuencias y porcentajes de Conocimiento y conciencia de Riesgo del col. Harry Pitman, siendo el de mayor prevalencia, la opción Con frecuencia

donde 12 estudiantes varones y 13 estudiantes mujeres, indicaron que tienen conocimiento y son conscientes de lo dañino que son las drogas, alcohol y tabaco para el adolescente lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección.

Gráfico 16

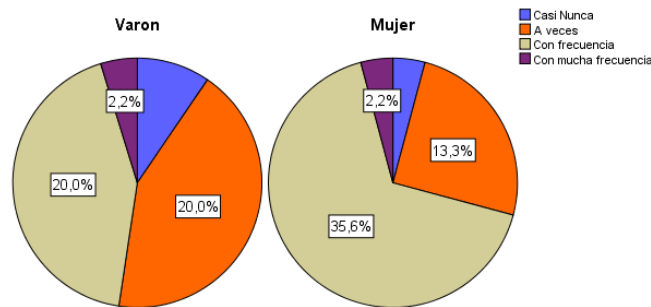
Gráfico de barras Conocimiento y conciencia de riesgos



Fuente elaboración propia 2017

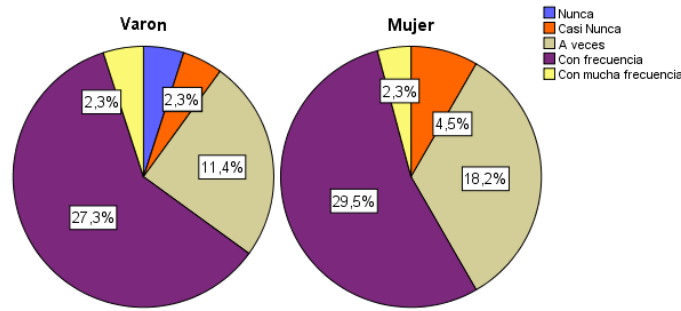
Gráfico 16.1

Conocimiento y conciencia de Riesgos



Fuente elaboración propia 2017

Conocimiento y conciencia de Riesgos



Fuente elaboración propia 2017

4.3. Factores de Riesgo (Análisis Descriptivo)

4.3.1. Factores Familiares: Conducta de los padres

Tabla 17

		Conductas impropias de los Padres				
		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Porcentaje Total
Válido	Nunca	12	26,7	19	43,2	34,95
	Casi Nunca	20	44,4	10	22,7	33,55
	A veces	11	24,4	6	13,6	19
	Con frecuencia	2	4,4	7	15,9	10,15
	Con mucha frecuencia			2	4,5	4,5
	Total	45	100,0	44	100,0	100,0

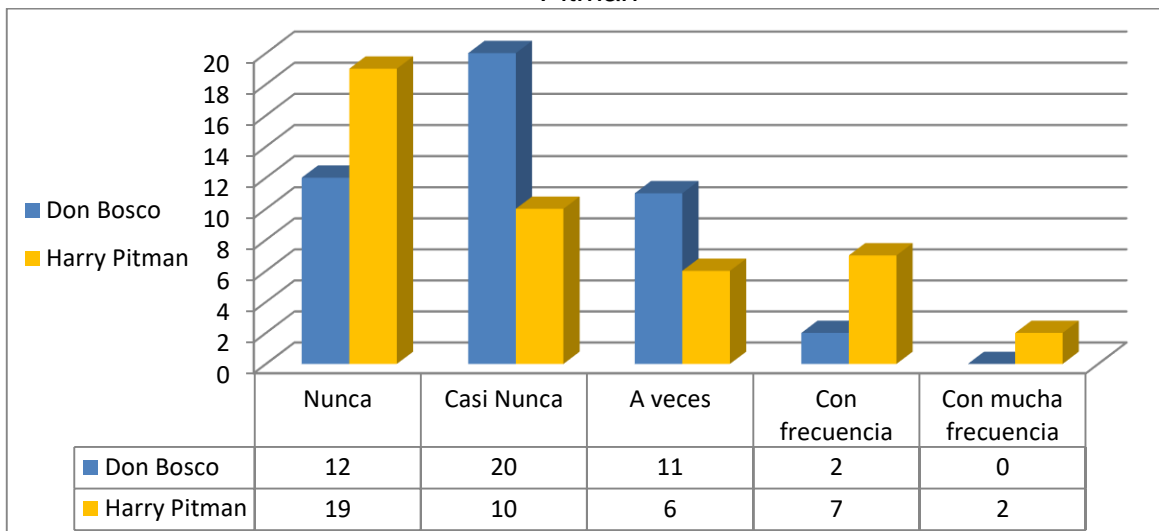
Fuente elaboración propia 2017

En la tabla 17 y gráfico 17 se muestra las frecuencias y porcentajes de conductas impropias de los Padres referentes al consumo de alcohol de los padres o de otros familiares y a la presencia de problemas intrafamiliares. El 10,15% de los adolescentes manifiesta tener estos problemas con frecuencia. El 34,95% manifiesta que no lo experimentan nunca.

Una diferencia a denotar es que los adolescentes de la UE Harry Pittman presentan en mayor proporción con frecuencia estos problemas que sus similares de la UE Don Bosco (15,9% - 4,4%)

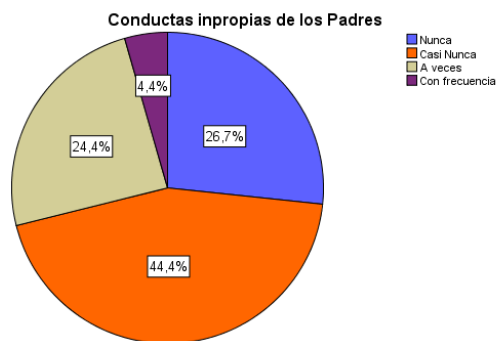
Gráfico 17

Gráfico de barras Conductas impropias de los padres de los colegios Don Bosco y Harry Pitman

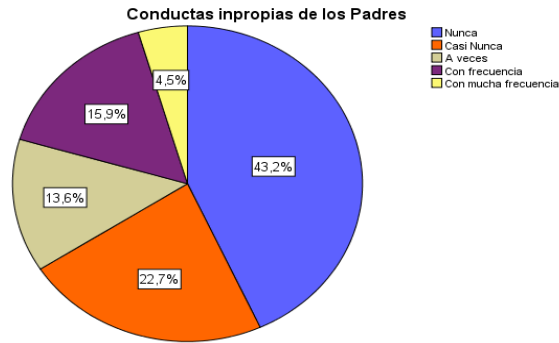


Fuente elaboración propia 2017

Gráfico 17.1



Fuente elaboración propia 2017



Fuente elaboración propia 2017

4.3.2. Factores Familiares: Actitud de los padres

Tabla 18

Actitudes de riesgo de los padres para con sus hijos

		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Porcentaje Total
Válido	Nunca	38	84,4	38	86,4	85,4
	Casi Nunca	5	11,1	3	6,8	8,95
	A veces	1	2,2	3	6,8	4,5
	Con frecuencia	1	2,2	0	0	1,1
	Total	45	100,0	44	100,0	100,0

Fuente elaboración propia 2017

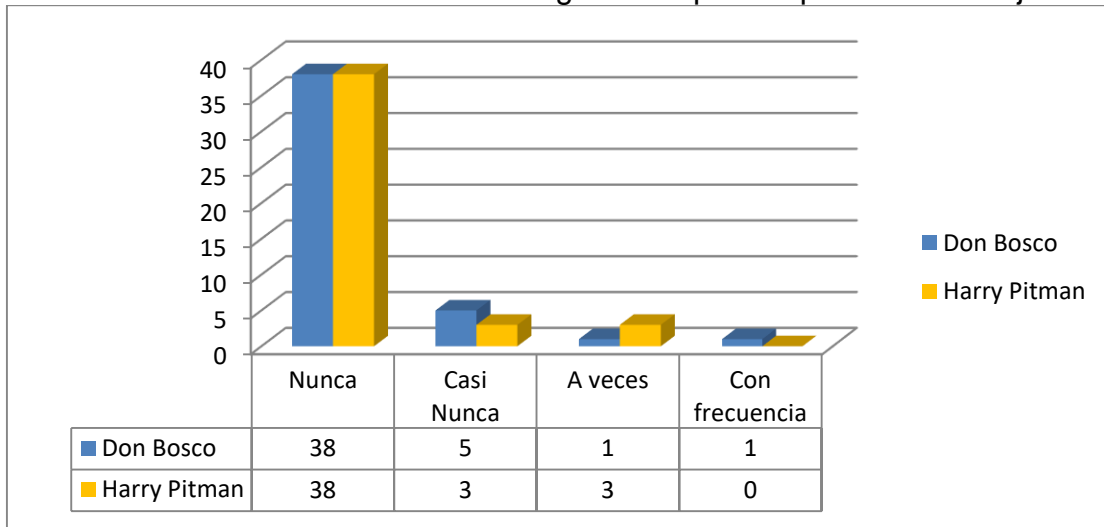
En la tabla 18 y gráfico 18 se muestra las frecuencias y porcentajes de Actitudes de riesgo de los padres hacia a sus hijos referentes a la aceptación de los mismos hacia el consumo de alcohol y tabaco de su hijos.

El 1,1% de los padres tienen con frecuencia una actitud favorable para al consumo de alcohol y tabaco y un 4,5% solo a veces.

Se observa una diferencia en que el 2,2% de los padres de la UE Don Bosco con frecuencia presentan ésta actitud frente al 0% de los de la UE Harry Pitman.

Gráfico 18

Gráfico de barras Actitudes de riesgo de los padres para con sus hijos



Fuente elaboración propia 2017

Gráfico 18.1



Fuente elaboración propia 2017



Fuente elaboración propia 2017

4.3.3. Factores Personales: Impulsividad

Tabla 19

		Impulsividad				
		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Porcentaje Total
Válido	Nunca	2	4,4	2	4,5	4,45
	Casi Nunca	14	31,1	15	34,1	32,6
	A veces	16	35,6	19	43,2	39,4
	Con frecuencia	11	24,4	5	11,4	17,9
	Con mucha frecuencia	2	4,4	3	6,8	5,6
	Total	45	100,0	44	100,0	100,0

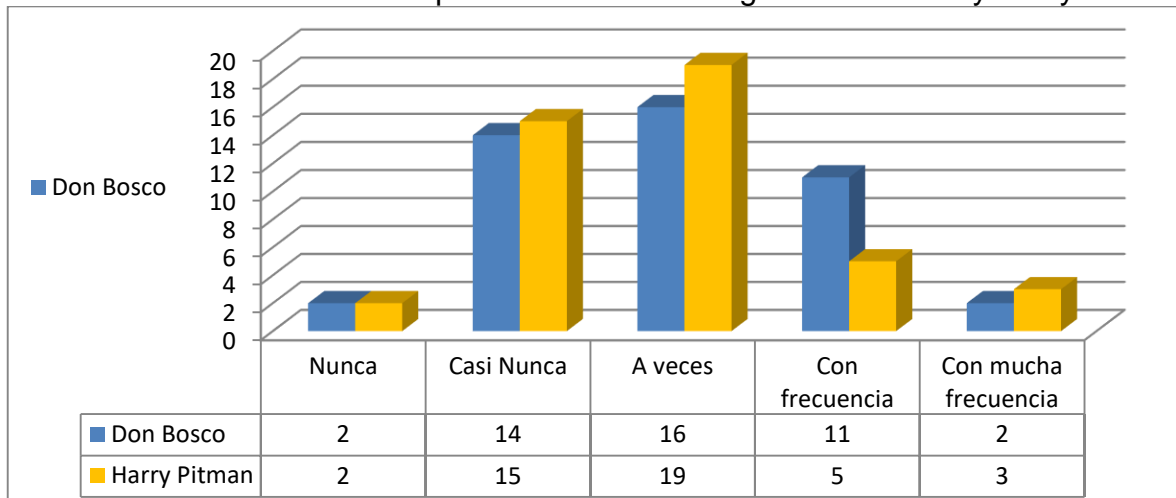
Fuente elaboración propia 2017

La tabla 19 muestra las frecuencias y porcentajes de Impulsividad del colegio Don Bosco, siendo el de mayor prevalencia, la opción A veces en un 35,6%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección como a factores de riesgo, en cuanto a sus conductas.

También muestra las frecuencias y porcentajes de Impulsividad del colegio Harry Pittman, siendo el de mayor prevalencia, la opción A veces en un 43,2%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección como a factores de riesgo, en cuanto a sus conductas.

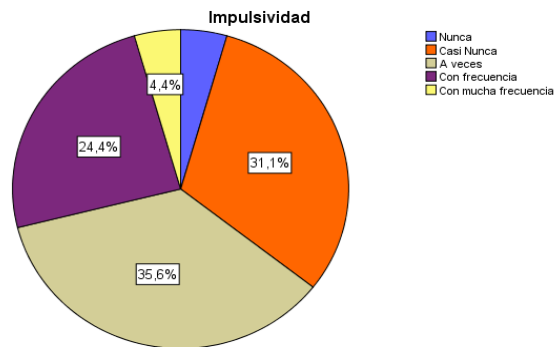
Gráfico 19

Gráfico de barras Impulsividad de los colegios Don Bosco y Harry Pittman

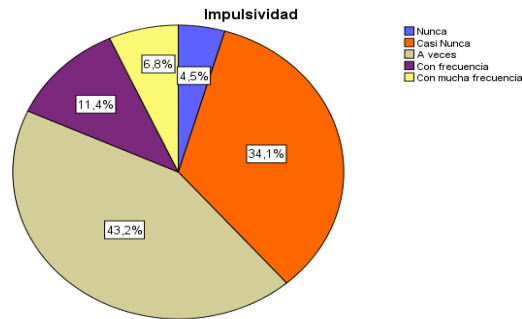


Fuente elaboración propia 2017

Gráfico 19.1



Fuente elaboración propia 2017



Fuente elaboración propia 2017

4.3.4. Factores Personales: Hipersensibilidad

Tabla 20

		Hipersensibilidad				
		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Porcentaje Total
Válido	Casi Nunca	12	26,7	1	2,3	14,5
	A veces	19	42,2	8	18,2	30,2
	Con frecuencia	11	24,4	23	52,3	38,35
	Con mucha frecuencia	3	6,7	12	27,3	17
	Total	45	100,0	44	100,0	100,0

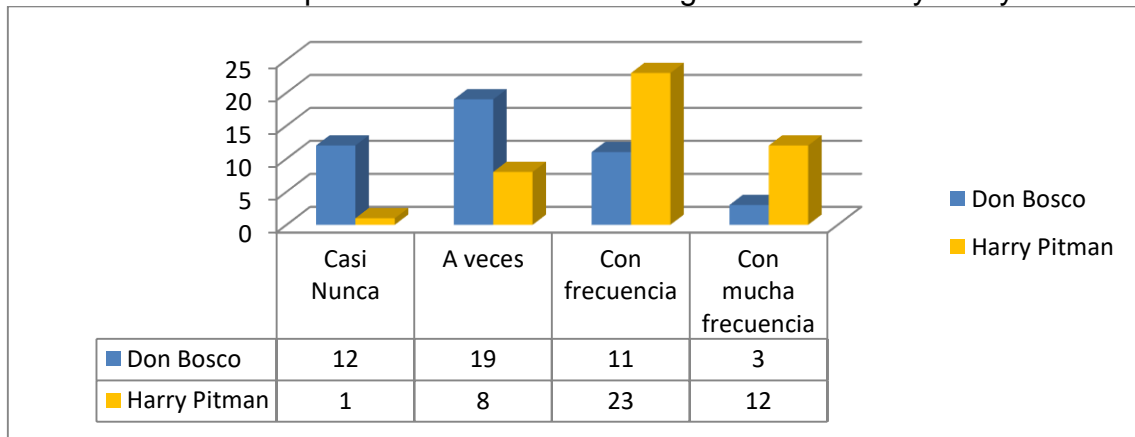
Fuente elaboración propia 2017

La tabla 20 muestra las frecuencias y porcentajes de Hipersensibilidad del colegio Don Bosco, siendo el de mayor prevalencia, la opción a veces en un 42,2%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección como a factores de riesgo, en cuanto a su capacidad de sensibilidad.

También se muestra las frecuencias y porcentajes de Hipersensibilidad del colegio Harry Pittman, siendo el de mayor prevalencia, la opción a veces en un 52,3%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección como a factores de riesgo, en cuanto a su capacidad de sensibilidad.

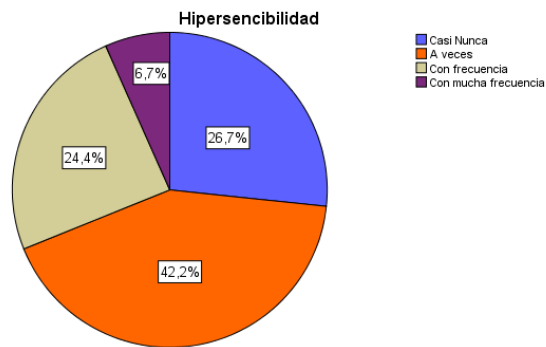
Gráfico 20

Gráfico de barras Hipersensibilidad de los colegios Don Bosco y Harry Pittman

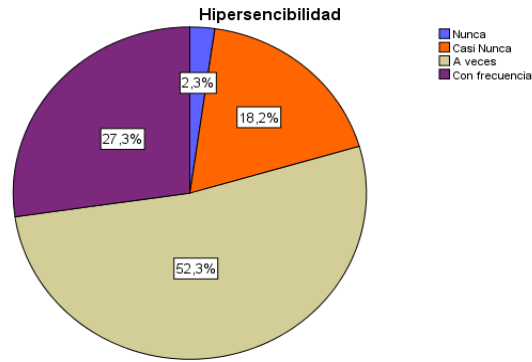


Fuente elaboración propia 2017

Gráfico 20.1



Fuente elaboración propia 2017



Fuente elaboración propia 2017

4.3.5. Factores individuales: Interacción Personal y Social

Tabla 21

		Interacción Personal y Social (Negativa)				
		Frecuencia Don Bosco	Porcentaje Don Bosco	Frecuencia Harry Pitman	Porcentaje Harry Pitman	Porcentaje Total
Válido	Nunca	4	8,9	6	13,6	11,25
	Casi Nunca	20	44,4	11	25,0	34,7
	A veces	16	35,6	17	38,6	37,1
	Con frecuencia	4	8,9	9	20,5	14,7
	Con mucha frecuencia	1	2,2	1	2,3	2,25
	Total	45	100,0	44	100,0	100,0

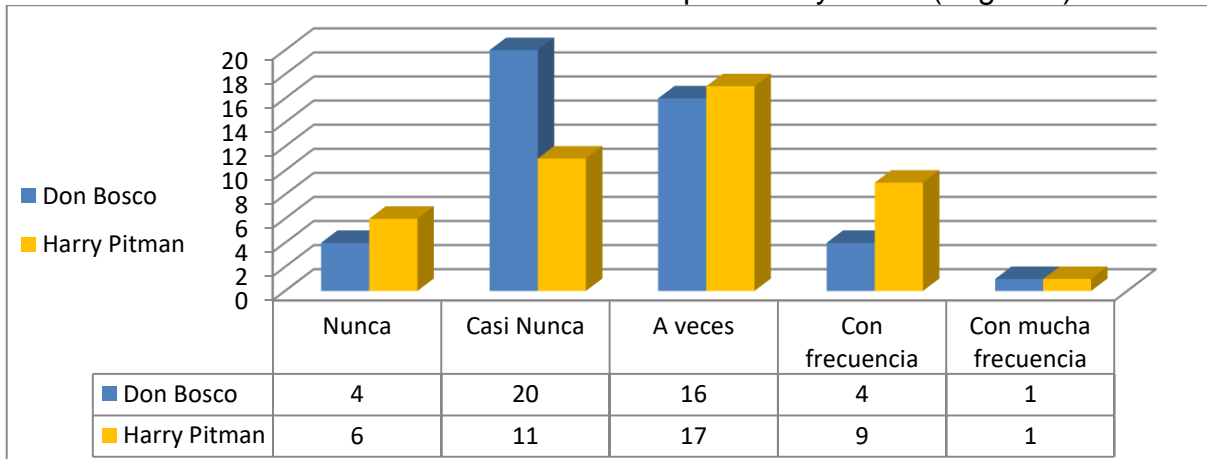
Fuente elaboración propia 2017

La tabla 21 muestra las frecuencias y porcentajes de Interacción Personal y Social (negativo) del colegio Don Bosco, siendo el de mayor prevalencia, la opción Casi Nunca en un 44,4%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores protección, lo que quiere decir que no tienen problemas para relacionarse con los demás.

Por su parte también se muestra las frecuencias y porcentajes de Interacción Personal y Social (negativo) del col. Harry Pittman, siendo el de mayor prevalencia, la opción A veces en un 38,6%, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección y algunas veces de riesgo, lo que quiere decir que pueden tener problemas para relacionarse con los demás.

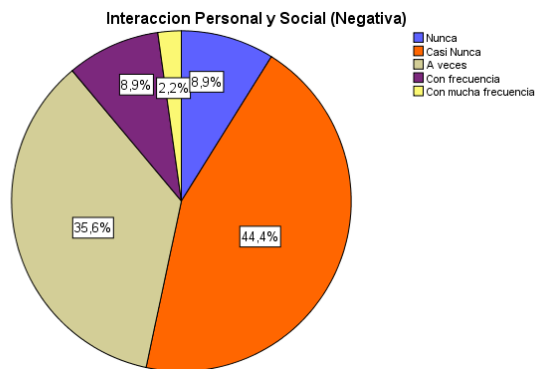
Gráfico 21

Gráfico de barras Interacción personal y social (negativa)

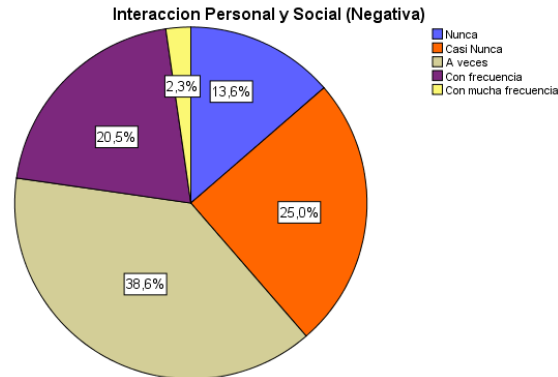


Fuente elaboración propia 2017

Gráfico 21.1



Fuente elaboración propia 2017



Fuente elaboración propia 2017

4.3.6. Factores Ambientales: Disponibilidad de acceso

Tabla 22

Disponibilidad de Acceso a Sustancias nocivas*Sexo tabulación cruzada

		Sexo Don Bosco		Total	Sexo col. Harry Pitman		Total	TOTAL %
		Varon	Mujer		Varon	Mujer		
		Disponibilidad de Acceso a Sustancias nocivas						
Nunca	7	10	17	11	10	21	42,70	
Casi Nunca	4	10	14	4	6	10	26,97	
A veces	7	4	11	3	6	9	22,47	
Con frecuencia	3	0	3	1	2	3	6,74	
Con mucha frecuencia	0	0	0	1	0	1	1,12	
Total	21	24	45	20	24	44	100	

Fuente elaboración propia 2017

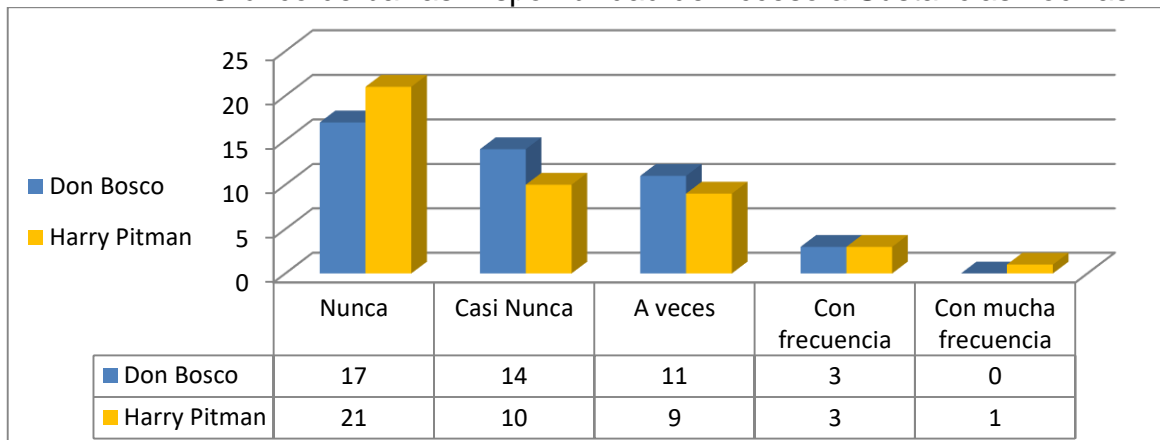
La tabla 22 muestra las frecuencias y porcentajes de Disponibilidad de Acceso a Sustancia nocivas del colegio Don Bosco, siendo el de mayor prevalencia, las opciones Nunca y A veces donde 7 estudiantes varones indicaron que nunca tienen acceso a sustancias nocivas y 7 a veces, y 10 estudiantes mujeres indicaron que nunca y casi nunca tienen accesos a sustancias nocivas, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección como a factores de riesgo, en cuanto a sus conocimiento y acceso a sustancias nocivas.

También se muestra las frecuencias y porcentajes de Disponibilidad de Acceso a Sustancia nocivas del col. Harry Pittman, siendo el de mayor prevalencia, las opciones

Nunca donde 11 estudiantes varones 10 estudiantes mujeres indicaron que nunca tienen acceso a sustancias nocivas, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección, en cuanto a sus conocimiento y acceso a sustancias nocivas.

Gráfico 22

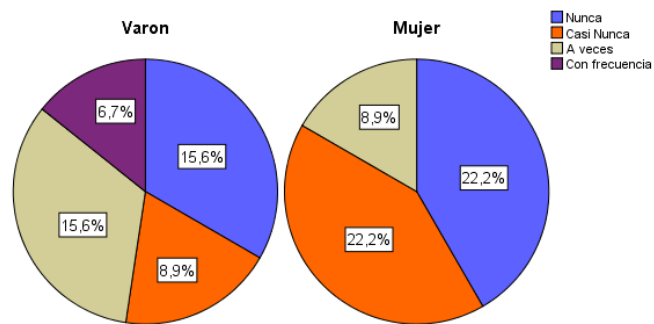
Gráfico de barras Disponibilidad de Acceso a Sustancias nocivas



Fuente elaboración propia 2017

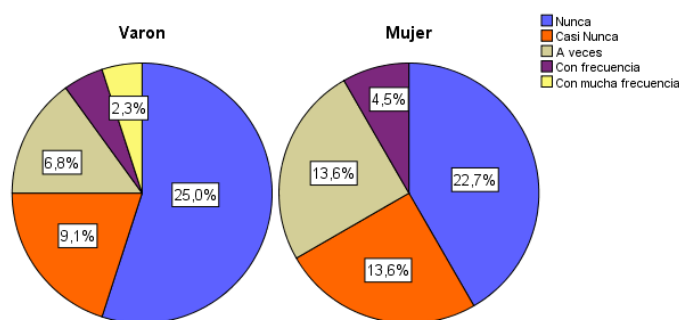
Gráfico 22.1

Disponibilidad de Acceso a Sustancias nocivas



Fuente elaboración propia 2017

Disponibilidad de Acceso a Sustancias nocivas



Fuente elaboración propia 2017

4.3.7. Factores Ambientales: Actitud o Disposición

Tabla 23

Actitud hacia el factor de Riesgo*Sexo tabulación cruzada

		Sexo Don Bosco		Total	Sexo col. Harry Pitman		Total	TOTAL %
		Varon	Mujer		Varon	Mujer		
		Actitud hacia el factor de Riesgo	Nunca	15	16	31	15	14
Casi Nunca	2		6	8	2	5	7	16,85
A veces	4		1	5	0	5	5	11,24
Con frecuencia	0		0	0	1	0	1	1,12
Con mucha frecuencia	0		1	1	2	0	2	3,37
Total		21	24	45	20	24	44	100

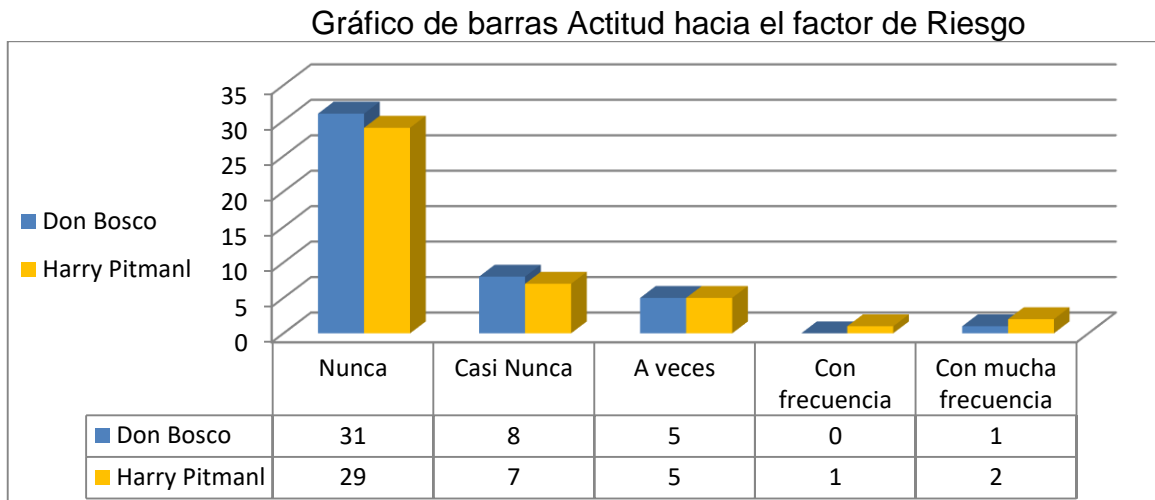
Fuente elaboración propia 2017

La tabla 23 muestra las frecuencias y porcentajes de Actitud o disposición positiva hacia los factores de riesgo en el colegio Don Bosco, siendo el de mayor prevalencia, la opción Nunca donde 15 estudiantes varones y 16 estudiantes mujeres, indicaron que probar drogas no es parte natural del adolescente lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección, en cuanto a sus conocimiento de lo dañino que son las drogas para la vida.

También la tabla muestra las frecuencias y porcentajes de Actitud o disposición positiva del colegio Harry Pittman, siendo el de mayor prevalencia, la opción Nunca donde 15 estudiantes varones y 14 estudiantes mujeres, indicaron que probar drogas no es parte

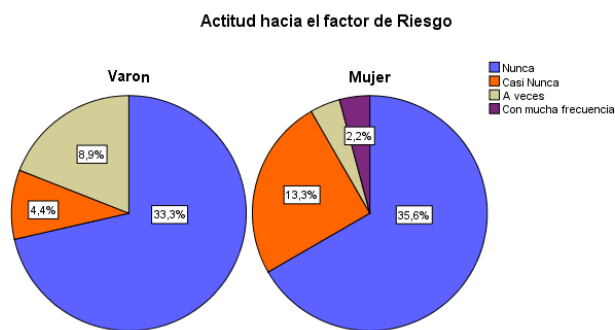
natural del adolescente lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección, en cuanto a sus conocimiento de lo dañino que son las drogas para la vida.

Gráfico 23



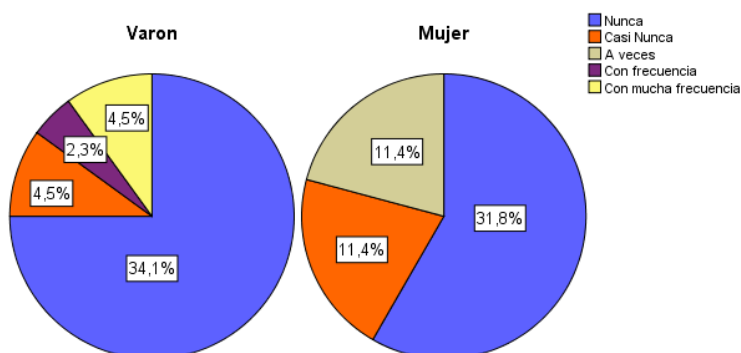
Fuente elaboración propia 2017

Gráfico 23.1



Fuente elaboración propia 2017

Actitud hacia el factor de Riesgo



Fuente elaboración propia 2017

4.3.8. Factores Ambientales: Presión de Grupo

Tabla 24

Presión de Grupo (negativo)*Sexo tabulación cruzada

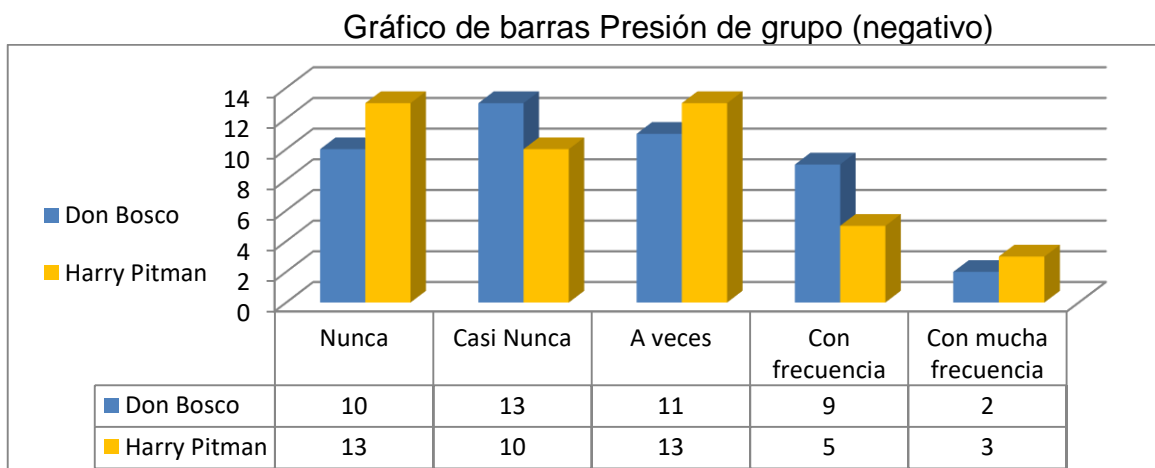
		Sexo Don Bosco		Total	Sexo col. Harry Pitman		Total	TOTAL %
		Varon	Mujer		Varon	Mujer		
		Presión de Grupo (negativo)	Nunca	5	5	10	6	7
Casi Nunca	6		7	13	5	5	10	17,98
A veces	5		6	11	4	9	13	26,97
Con frecuencia	4		5	9	4	1	5	38,20
Con mucha frecuencia	1		1	2	1	2	3	4,49
Total		21	24	45	20	24	44	100

Fuente elaboración propia 2017

La tabla 24 muestra las frecuencias y porcentajes de Presión de grupo del colegio Don Bosco, siendo el de mayor prevalencia, la opción Casi Nunca donde 6 estudiantes varones y 7 estudiantes mujeres, indicaron que no son presionados por sus amigos para consumir alcohol, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores de protección, sin embargo se da factores de riesgo entre 5 a 6 estudiantes de ambos sexos, porque se sienten presionados por sus amigos para consumir alcohol.

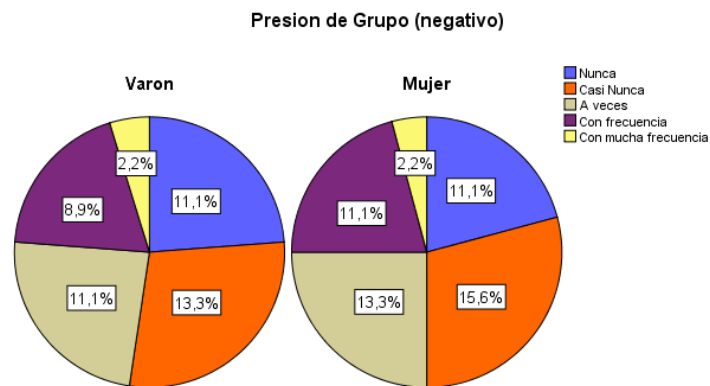
También la tabla muestra las frecuencias y porcentajes de Presión de grupo del colegio Harry Pittman, siendo el de mayor prevalencia, la opción Nunca donde 6 estudiantes varones y 7 estudiantes mujeres, indicaron que no son presionados por sus amigos para consumir alcohol, lo cual significa que los estudiantes tienden a factores protección, sin embargo se da factores de riesgo entre 3 a 5 estudiantes de ambos sexos, porque se sienten presionados por sus amigos para consumir alcohol.

Gráfico 24



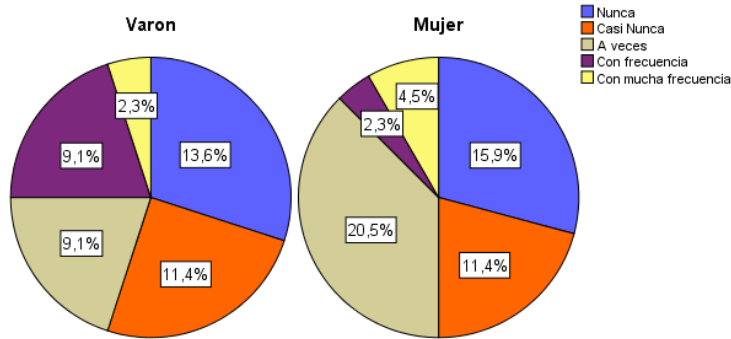
Fuente elaboración propia 2017

Gráfico 24.1



Fuente elaboración propia 2017

Presion de Grupo (negativo)



Fuente elaboración propia 2017

4.4. Prevalencia del Consumo de Drogas

Tabla 25

Prevalencia del Consumo de Drogas

	Tabaco (cigarrillos)	Bebidas alcohólicas	Mariguana o Hachis	Pasta base de cocaína (pitillos, "satuca")	Cocaína (nieve, cristal)	Inhalantes: (clefa, thinner, acetona, etc.)	Alucinógenos: (LSD, Floripondio, Peyote, Etc.)	Pastillas para los nervios o para dormir?	Estimulantes (sustancias para no dormir, adelgazar, pilas. etc.)	Pastillas de Éxtasis
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Nunca	58,4	57,3	88,8	94,4	93,3	95,5	95,5	84,3	91,0	96,6
Alguna vez en mi vida	27,0	24,7	6,7	4,5	3,4	3,4	3,4	11,2	5,6	2,2
Alguna vez en los últimos 12 meses	7,9	9,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0
Alguna vez en los últimos 6 meses	4,5	5,6	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0
Alguna vez en los últimos 30 días	2,2	1,1	2,2	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	1,1	0,0
Alguna vez en los últimos 7 días	0,0	2,2	0,0	1,1	1,1	1,1	0,0	3,4	1,1	1,1
Consumo de Drogas	41,6	42,7	11,2	5,6	6,7	4,5	4,5	15,7	9,0	3,4

Respecto a la prevalencia del Consumo de Drogas, en la tabla 25 y el gráfico 25, se observa que, como es de esperar, las drogas legales son las más prevalentes, donde el

alcohol es la más consumida por los adolescentes en un 42,7%, seguida por el tabaco en un 41% y los tranquilizantes con un 15,7%.

De las drogas ilegales, la más consumida por los adolescentes es la marihuana en 11,2%, seguida por los estimulantes en un 9%, la cocaína en un 6,7%, y la pasta base de cocaína en un 5,6%. Los inhalantes y los alucinógenos tienen una misma prevalencia de 4,5%. Finalmente, el éxtasis es la droga menos consumida con un 3,4%.

Gráfico 25

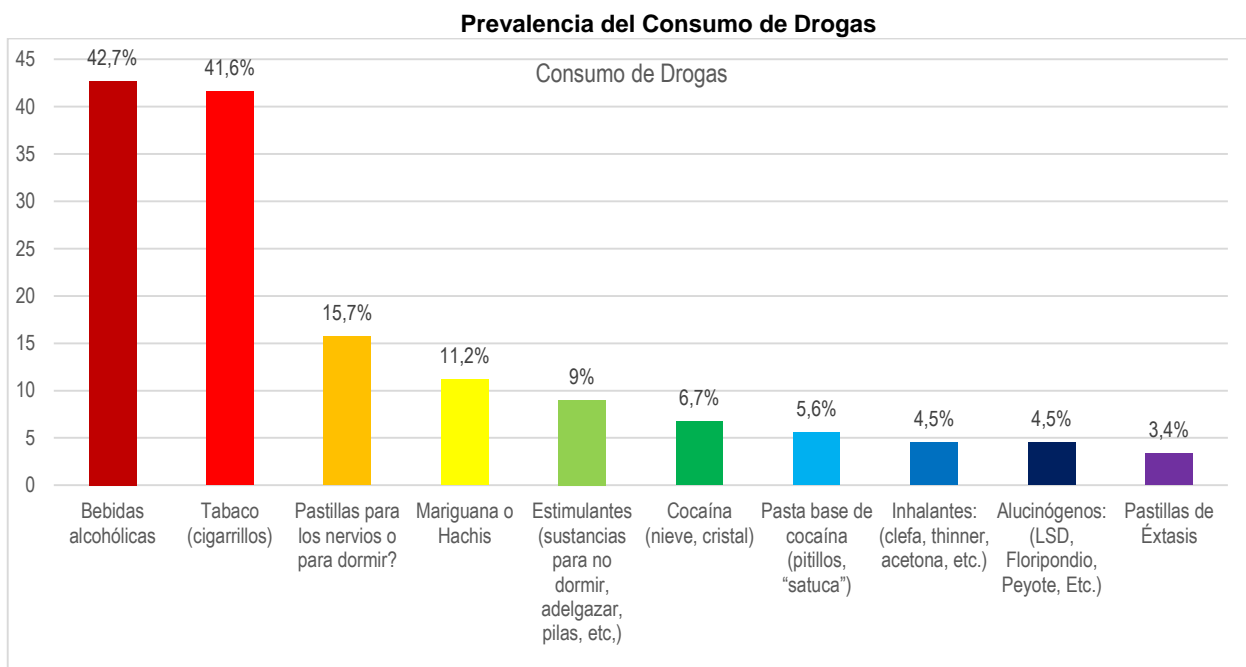
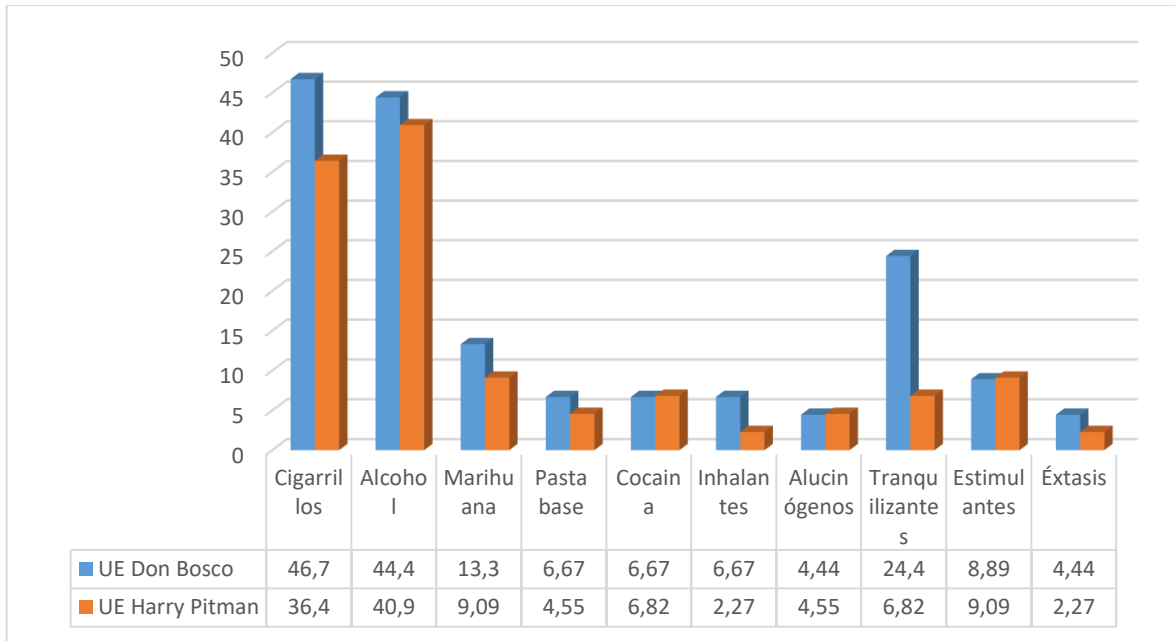


Gráfico 26

Prevalencia del Consumo de Drogas
Comparación entre Unidades Educativas



Haciendo una comparación entre UE, en la tabla 26 se observa en general que los alumnos de la Unidad Don Bosco tienen un mayor consumo de drogas, tanto legales como ilegales, a excepción de la cocaína y los estimulantes. En los alucinógenos el consumo es similar. Se puede inferir que la religión tiene cierta influencia en la conducta de consumo. Es decir que los adolescentes adventistas están menos propensos hacia el consumo de drogas.

4.5. Correlación de los Factores Protectores y de Riesgo con el Consumo de Drogas.

4.5.1. Factores Protectores y Consumo de Drogas.

Tabla 26

Correlaciones (FACTORES PROTECTORES - COMSUMO DE DROGAS)		
		CONSUMO DE DROGAS
FACTORES FAMILIARES	Afecto e Interés demostrado por la Madre	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N
	Tiempo de la Madre en pasar	Correlación de Pearson
		-,134 ,210 89 -,229*

	con sus hijos	Sig. (bilateral)	,031
		N	89
	Firmeza de la Madre en Disciplinar	Correlación de Pearson	-,309**
		Sig. (bilateral)	,003
		N	89
	Afecto e Interés demostrado por el Padre	Correlación de Pearson	-,279**
		Sig. (bilateral)	,008
		N	89
	Tiempo del Padre en pasar con sus hijos	Correlación de Pearson	-,126
		Sig. (bilateral)	,241
		N	89
	Firmeza del Padre en Disciplinar	Correlación de Pearson	-,350**
		Sig. (bilateral)	,001
		N	89
FACTORES PERSONALES	Autocontrol Disciplina	Correlación de Pearson	-,165
		Sig. (bilateral)	,121
		N	89
	Autoestima	Correlación de Pearson	-,140
		Sig. (bilateral)	,189
		N	89
	Interacción Personal y Social (positiva)	Correlación de Pearson	-,089
		Sig. (bilateral)	,407
		N	89
FACTORES AMBIENTALES	Actitud hacia el factor Protector	Correlación de Pearson	-,157
		Sig. (bilateral)	,141
		N	89
	Conocimiento y conciencia de Riesgos	Correlación de Pearson	-,066
		Sig. (bilateral)	,536
		N	89

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Como puede observarse en la Tabla 26, toda las variables denominadas “Factores protectores”, entendidas como factores familiares, personales y ambientales que evitan el riesgo de consumo de drogas, tienen correlaciones negativas, por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

Sin embargo no todas las correlaciones son fuertes, lo que teóricamente significa que algunas de éstas puedan deberse a la casualidad. Sin embargo cabe resaltar que, aunque bajas, todas son correlaciones negativas los que indicaría que de ninguna manera son factores de riesgo o facilitadores del consumo de drogas.

Ahora bien, destacando las variables más protectoras, es decir las correlaciones más fuertes, éstas son: la firmeza en la disciplina del padre (-,350) y de la madre (-,309), seguido por el afecto e interés demostrado por el padre (-,279) y el tiempo que pasa la madre con los adolescentes (-,229).

Estos datos pueden interpretarse de la siguiente manera: De los factores denominados protectores, los que tienen mayor fuerza protectora o que evitan el riesgo en el consumo de las drogas son los factores familiares, y de éstos, la firmeza disciplinaria está en primer lugar, seguido del afecto y el tiempo. Por lo tanto la disciplina y el control que los padres ejercen sobre los hijos es importante para guiar y regular la conducta y por qué no en los valores de sus hijos.

Por otro lado, la correlación más baja encontrada es del Conocimiento y conciencia de Riesgos de las drogas (Factor ambiental).

4.5.2. Factores de Riesgo y Consumo de Drogas.

Tabla 27

Correlaciones (FACTORES DE RIESGO - CONSUMO DE DROGAS)			
			CONSUMO DE DROGAS
FACTORES FAMILIARES	Conductas impropias de los Padres	Correlación de Pearson	,192
		Sig. (bilateral)	,072
		N	89
	Actitudes de riesgo de los padres para con sus hijos	Correlación de Pearson	,243*
		Sig. (bilateral)	,022

FACTORES PERSONALES	Impulsividad	N	89
		Correlación de Pearson	,201
		Sig. (bilateral)	,058
	Hipersensibilidad	N	89
		Correlación de Pearson	-,092
		Sig. (bilateral)	,389
Interacción Personal y Social (Negativa)	N	89	
	Correlación de Pearson	,059	
	Sig. (bilateral)	,582	
FACTORES AMBIENTALES	Disponibilidad de Acceso a Sustancias nocivas	N	89
		Correlación de Pearson	,431**
		Sig. (bilateral)	,000
	Actitud hacia el factor de Riesgo	N	89
		Correlación de Pearson	,235*
		Sig. (bilateral)	,027
Presión de Grupo (negativo)	N	89	
	Correlación de Pearson	,085	
	Sig. (bilateral)	,430	
	N	89	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como puede observarse en la Tabla 27, toda las variables denominadas “Factores de Riesgo”, entendidas como factores familiares, personales y ambientales que facilitan el riesgo de consumo de drogas, tienen correlaciones positivas (excepto la hipersensibilidad), por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

De los factores de riesgo, las variables más significativas son los factores ambientales: la disponibilidad de acceso a las drogas (.431) y la actitud favorable hacia las drogas (.235). Otra variable relevante (Factor Familiar) es la actitud favorable de los padres en el consumo alcohol y tabaco de sus hijos (.243). La impulsividad (.201) como factor personal, tiene algo de influencia en el consumo de drogas.

Por lo tanto, los factores más riesgosos para el consumo de drogas es la disponibilidad a las mismas, que los adolescentes consideren que el consumo de drogas en algo natural y que los padres acepten el consumo alcohol y tabaco de sus hijos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Con relación a las características demográficas de la muestra de adolescentes de la investigación, la edad mínima es 15 y la máxima es 20 años, de los que la mayoría corresponde a la edad de 17 años de edad (59,5%), la proporción por género es casi igual ya que las mujeres representan un 53,9% y los varones un 46,1% restante.

El 87,65% posee como lengua materna y exclusiva el castellano, y el restante 12,35%, también habla el aymara. La religión más profesada es la Católica con un 43,5%, seguida de la Adventista con un 31,8% y la menos acogida es la de los Testigos de Jehová.

Con relación a la estructura familiar, los que viven con ambos padres corresponde a un 68,5%, solo con la madre un 20,15%. El resto viven solo con el padre o con otros familiares.

Las diferencias significativas identificadas en los datos demográficos con relación a la religión, es que la religión católica está más presente en el Colegio Don Bosco con un 71,1%; y la Adventista con un 61,4% en el Colegio Harry Pittman, respondiendo a la orientación religiosa de cada colegio. Por otro lado, los Adolescentes del Colegio Harry Pittman son los que en mayor proporción conviven con ambos padres (72,7 – 64,4), donde al parecer la religión es un factor que influye saludablemente en la mantención de la estructura familiar tradicional.

Con relación a los factores protectores familiares, el 49,45% de las madres les muestra afecto e interés con mucha frecuencia, frente a un 37,1% de los padres. La

diferencia de colegios es notable ya que se aprecia que los adolescentes de la UE Harry Pittman reciben afecto con mayor frecuencia que los de la UE Don Bosco tanto de la madre (54,5% - 44,4%) como del padre (38,6% - 24,4%). Otra diferencia notable es el afecto demostrado por madres y padres, ya que las madres demuestran afecto más frecuentemente que los padres (49,45% - 31,50%), haciéndose notar la ausencia del padre en el 20,15% de los adolescentes que solo viven con la madre.

El 53,9% de las madres pasan tiempo con sus hijos adolescentes con frecuencia y con mucha frecuencia. El 44% de los padres pasa tiempo con sus hijos adolescentes con frecuencia y con mucha frecuencia. Las diferencias encontradas son que las madres de la UE Harry Pittman pasan tiempo con más frecuencia con sus hijos que las madres de la UE Don Bosco (40,9% - 24,4%). Éste mismo tipo de diferencia se encuentra en los padres (20,5% - 6,7%). Por otra parte el 11,2% indica que sus padres no pasan tiempo con ellos nunca, aspecto a denotar tomando en cuenta que el 31% no vive con su padre.

El 81% de madres y el 61,8% de padres son firmes en la disciplina. Los padres de la UE Harry Pittman son más frecuentemente firmes en la disciplina que los de UE Don Bosco (38,6% - 31,1%). Otra diferencia interesante es que las madres son más frecuentemente firmes en la disciplina que los padres (81% - 61,8%).

Con relación a los factores protectores personales, el más significativo es la Autoestima, ya que el 83,2% de los adolescentes manifiestan tener una Autoestima fuerte (41,6% con frecuencia y el 41,6% con mucha frecuencia), seguido del Autocontrol y Disciplina personal, ya que el 74,2% de los adolescentes manifiestan tener este rasgo (45,05% con frecuencia y el 29,15% con mucha frecuencia), y finalmente, la interacción Personal y Social, pues el 64% de los adolescentes manifiestan tener habilidades sociales y de liderazgo (33,65% con frecuencia y el 30,35% con mucha frecuencia).

Con relación a los factores protectores ambientales, la más significativa es el conocimiento y conciencia de riesgo de las drogas presente en un 87,64% (Con frecuencia 56,18% y con mucha frecuencia 31,46%), seguida de la Actitud o disposición hacia las drogas, ya que se presenta en el 43,82% (Con frecuencia 37,08% y con mucha frecuencia 6,74%).

Con relación a los factores de riesgo familiares, el consumo de alcohol de los padres o de otros familiares y a la presencia de problemas intrafamiliares, está presente en la dinámica familiar de los adolescentes en un 10,15% y el 34,95% no los experimentan nunca. Una diferencia a denotar es que los adolescentes de la UE Harry Pittman presentan en mayor proporción con frecuencia estos problemas que sus similares de la UE Don Bosco (18,9% - 4,4%). Respecto a las actitudes de aceptación de los padres hacia el consumo de alcohol y tabaco de su hijos, el 1,1% de los padres lo manifiesta y un 4,5% solo a veces. Se observa una diferencia en que el 2,2% de los padres de la UE Don Bosco con frecuencia presentan ésta actitud frente al 0% de los de la UE Harry Pitman.

Con relación a los factores de riesgo personales, el más presente es la Hipersensibilidad con 55,35% de adolescentes que manifiestan tener este rasgo (38,35% con frecuencia y el 17% con mucha frecuencia), seguido por la impulsividad, donde el 23,5% de los adolescentes manifiestan tener conductas impulsivas (17,9% con frecuencia y el 5,6% con mucha frecuencia, y finalmente, la Interacción Personal y Social negativas, y que el 17% de los adolescentes manifiestan tener dificultades de relaciones con sus pares por ser crítico y mandón (14,7% con frecuencia y el 2,25% con mucha frecuencia).

Con relación a los factores de riesgo ambientales, el 42,7% de los adolescentes ha sentido o experimenta presión de su grupo de pares para el consumo de drogas (Con frecuencia 38,2% y con mucha frecuencia 4,49%), el 7,86% de los adolescentes tiene disponibilidad y acceso fácil a las drogas (Con mucha frecuencia 6,74% y con frecuencia 1,12%) y finalmente el 4,5% de los adolescentes tiene una actitud o disposición favorable hacia las drogas, es decir que consideran que el consumo de drogas es parte natural de los adolescentes (Con mucha frecuencia 3,37% y con frecuencia 1,12%).

Respecto a la prevalencia del Consumo de sustancias psicoactivas, las drogas legales son las más prevalentes, donde el alcohol es la más consumida por los adolescentes en un 42,7%, seguida por el tabaco en un 41% y los tranquilizantes con un 15,7%. De las drogas ilegales, la más consumida por los adolescentes es la marihuana en 11,2%, seguida por los estimulantes en un 9%, la cocaína en un 6,7%, y la pasta base de cocaína en un

5,6%. Los inhalantes y los alucinógenos tienen una misma prevalencia de 4,5%. Finalmente, el éxtasis es la droga menos consumida con un 3.4%.

Finalmente haciendo una comparación entre Unidades Educativas, en la tabla 26 se observa en general que los alumnos de la Unidad Don Bosco tienen un mayor consumo de drogas, tanto legales como ilegales, a excepción de la cocaína y los estimulantes. En los alucinógenos el consumo es similar. Se puede inferir que la religión tiene cierta influencia en la conducta de consumo. Es decir que los adolescentes adventistas están menos propensos hacia el consumo de drogas.

Respecto a la identificación de los Factores Protectores más significativos en el consumo de las sustancias psicoactivas, los que tienen mayor fuerza protectora o que evitan el riesgo en el consumo de las drogas son los factores familiares, y de éstos, la firmeza disciplinaria está en primer lugar (del padre -,350 y de la madre -,309), seguido del afecto (del padre -,279) y el tiempo dedicado hacia los adolescentes (por la madre -,229). Por lo tanto la disciplina y el control que los padres ejercen sobre los hijos es importante para guiar y regular la conducta y por qué no en los valores de sus hijos.

Esto genera preocupación ya que en este tiempo los padres están perdiendo la autoridad sobre sus hijos por los mensajes mediáticos de no al castigo físico a los hijos y el empoderamiento de los niños y adolescentes visualizando más sus derechos en desmedro de sus deberes.

Por otro lado, la correlación más baja encontrada es del Conocimiento y conciencia de Riesgos de las drogas (Factor ambiental). Este dato evidencia el hecho de que si un adolescente conoce los riesgos y efectos de las drogas, estos conocimientos no disuaden el consumo de las mismas. Por lo tanto las campañas para la prevención de las drogas que incluyan la información de las drogas y sus efectos no ayudan en la prevención de su consumo.

Respecto a la identificación de los Factores de Riesgo más significativos en el consumo de las sustancias psicoactivas, se tiene a los factores ambientales: la

disponibilidad de acceso a las drogas (,431) y la actitud favorable hacia las drogas (,235). Otra variable relevante (Factor Familiar) es la actitud favorable de los padres en el consumo alcohol y tabaco de sus hijos (,243). La impulsividad (,201) como factor personal, tiene algo de influencia en el consumo de drogas.

Por lo tanto, los factores más riesgosos para el consumo de drogas es la disponibilidad a las mismas, que los adolescentes consideren que el consumo de drogas es algo natural y que los padres acepten el consumo alcohol y tabaco de sus hijos.

RECOMENDACIONES

En base los resultados de la investigación se plantean las siguientes recomendaciones:

- Los programas de prevención en distintas problemáticas, y específicamente, en el caso de la prevención del consumo de drogas, deben enfocarse, más allá de disminuir los factores de riesgo, en mejorar y/o desarrollar los factores de protección.
- De los factores protectores, se debe retornar, como en muchas problemáticas psicosociales al núcleo de la sociedad, la familia, como primer nivel de prevención
- Tomando en cuenta que los factores protectores más significativos son la firmeza disciplinaria y el afecto de los padres, se recomienda desarrollar programas de prevención del consumo de drogas enfocadas en fortalecer las habilidades parentales proveyendo a los padres conocimientos, actitudes y prácticas de disciplina firme y positiva, relaciones afectivas parento – filiales. Sin dejar de lado el tiempo que pasan los padres y madres con sus hijos.
- En esta misma línea, hay experiencias con el trabajo de Escuelas de Padres y programas como el de “Familias Fuertes” de la OPS.

- Con relación a los factores personales, evitar que los programas de prevención incluyan temáticas relacionadas a los tipos y sus consecuencias, como lo hacen la FELCC y otras unidades policiales. El conocimiento de las drogas y sus efectos no disuade el consumo de las mismas,
- Como segundo nivel de prevención se encuentra la reducción de factores de riesgo, por lo que se recomienda, evitar y restringir el acceso a drogas, ya que el factor de riesgo más significativo en la disponibilidad de las drogas. Este es un aspecto ambiental y estructural, que tiene que ver con políticas públicas y el trabajo de la Policía.
- Finalmente, volviendo al área de la Familia, se recomienda trabajar en la orientación y sensibilización a los padres para disuadir en la actitud favorable que tienen en el consumo de alcohol y tabaco; ya que ésta actitud favorable facilita la actitud de los hijos adolescentes.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

Anicama, J. (2001). Análisis conductual y cognitivo de los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la conducta adictiva. Aprendizaje y comportamiento. 1(12). 43-68.

Anicama, J. (2004). Factores de Riesgo y Factores Protectores para el Abuso de Drogas en Adolescentes de Lima Metropolitana. Umbrales de investigación. 1(1). 11-22.

Baron, R. (1996). Psicología. Ed: Prentice Hall. México.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología (Vol. 1) Madrid: Ed. McGraw-Hill. Perotto, R. & L. Valdivieso. (1994). El riesgo de ser joven. La Paz. CESE.

CELIN. (1996a). El uso indebido de drogas en estudiantes de Bolivia, estudio comparativo. Monografía de investigación Nro. 17.

CELIN. (1996b). El uso indebido de drogas en estudiantes de Bolivia estudio comparativo. Monografía de investigación Nro. 15.

CESE. (1994). Evaluación Informe CESE. La Paz.

Hawkins, J., .Arthur, M. y Catalano, R. (1995). Preventing substance abuse. Crime and Justice. Vol. 19. University of Chicago press

Guillén, R.; R. López; M. Mejía; F. Galan & R. Quiroga. (1998). Adolescencia: Factores de riesgo y prevalencia del consumo de drogas. La Paz, Bolivia Ministerio de Gobierno: Vice Ministro de Prevención y Rehabilitación - Sociedad Boliviana de Pediatría.

Perotto, R. y L. Valdivieso. (1994). El riesgo de ser joven. CESE. La Paz.

1 CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES

Edad:	Sexo:	1) Varón	2) Mujer	Fecha:
Curso:	Trabajas?	1) Si	2) No	Horas de trabajo por día:

ANEXOS

Idiomas que hablas: 1) Castellano 2) Castellano y Aymara 3) Castellano y Quechua						
Religión: 1) Católica 2) Evangélica 3) Adventista 4) Testigo de Jehová 5) Mormóna 6) Otro						
Vives con: 1) Ambos padres 2) Solo Madre 3) Solo Padre 4) Abuelos 5) Parientes 6) Otros						
La siguiente sección explora algunas de tus relaciones familiares						
	Por favor contesta las siguientes preguntas indicando con una X la respuesta que describa mejor <u>la relación que tiene tu “MADRE (madrastra o tutora)” contigo:</u>	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con Frecuencia	Con mucha Frecuencia
1	¿Te demuestra cariño o afecto?	0	1	2	3	4
2	¿Muestra que se preocupa por ti?	0	1	2	3	4
3	¿Trata de darte lo que necesitas?	0	1	2	3	4
4	¿Se muestra interesada en ayudarte?	0	1	2	3	4
5	¿Te expresa el amor que siente por ti?	0	1	2	3	4
6	¿Habla contigo de tus problemas?	0	1	2	3	4
7	¿Realiza alguna actividad agradable contigo?	0	1	2	3	4
8	¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos, juegos)?	0	1	2	3	4
9	¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?	0	1	2	3	4
10	¿Habla contigo sobre tus inquietudes o temas sexuales?	0	1	2	3	4
11	¿Es justa contigo?	0	1	2	3	4
12	¿Sabe donde vas cuando sales?	0	1	2	3	4
13	¿Sabe con quien estas cuando sales?	0	1	2	3	4
14	¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?	0	1	2	3	4
15	¿Dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?	0	1	2	3	4
	Por favor contesta las siguientes preguntas indicando con una X la respuesta que describa mejor <u>la relación que tiene tu “PADRE (padraastro o tutor)” contigo:</u>	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con Frecuencia	Con mucha Frecuencia
16	¿Te demuestra cariño o afecto?	0	1	2	3	4
17	¿Muestra que se preocupa por ti?	0	1	2	3	4
18	¿Trata de darte lo que necesitas?	0	1	2	3	4
19	¿Se muestra interesado en ayudarte?	0	1	2	3	4
20	¿Te expresa el amor que siente por ti?	0	1	2	3	4
21	¿Habla contigo de tus problemas?	0	1	2	3	4
22	¿Realiza alguna actividad agradable contigo?	0	1	2	3	4
23	¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos, juegos)?	0	1	2	3	4
24	¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?	0	1	2	3	4
25	¿Habla contigo sobre tus inquietudes o temas sexuales?	0	1	2	3	4
26	¿Es justo contigo?	0	1	2	3	4

27	¿Sabe donde vas cuando sales?	0	1	2	3	4
28	¿Sabe con quien estas cuando sales?	0	1	2	3	4
29	¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?	0	1	2	3	4
30	¿Dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?	0	1	2	3	4
	Por favor contesta las siguientes preguntas indicando con una X la respuesta que describa mejor las actitudes que tienen tus PADRES contigo:	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con	Frecuencia Con mucha
31	Alguno de mis padres o familiares cercanos toma mucho y eso me preocupa y/o me molesta	0	1	2	3	4
32	Los problemas familiares son causa importante para consumir alcohol u otras drogas	0	1	2	3	4
33	Mis padres estarían de acuerdo en que tome bebidas alcohólicas	0	1	2	3	4
34	Mis padres estarían de acuerdo en que fume cigarrillos	0	1	2	3	4
La siguiente sección explora algunas de tus características personales						
	Por favor contesta las siguientes preguntas indicando con una X la respuesta que mejor te describa:	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con	Frecuencia Con mucha
35	Hago cosas arriesgadas solo porque son excitantes	0	1	2	3	4
36	Soy una persona que actúa impulsivamente	0	1	2	3	4
37	Me impaciento fácilmente con la gente	0	1	2	3	4
38	Soy de las personas que le gustan los riesgos	0	1	2	3	4
39	Soy una persona que actúa sin pensar en las consecuencias	0	1	2	3	4
40	Tengo problemas por decir cosas sin pensar	0	1	2	3	4
41	Cumplo mis metas cuando me los planteo	0	1	2	3	4
42	Hago mis obligaciones y deberes antes que mis entretenimientos	0	1	2	3	4
43	Realizo mis tareas aunque no me gustan	0	1	2	3	4
44	Cuando empiezo a realizar un trabajo lo concluyo	0	1	2	3	4
45	Me dicen que soy aplicado	0	1	2	3	4
46	Las personas me consideran responsable	0	1	2	3	4
47	Soy sensible a comentarios sobre mi	0	1	2	3	4
48	Me siento menos que los demás	0	1	2	3	4
49	No me agrada competir con otras personas	0	1	2	3	4
50	No me gusta que se burlen o me hagan bromas	0	1	2	3	4
51	Trato de pasar desapercibido o inadvertido	0	1	2	3	4
52	Mi apariencia personal es importante para mi	0	1	2	3	4
53	Los resultados no son imperativos, lo importante es intentarlo y dar lo mejor de mi	0	1	2	3	4

54	Me gusta ser yo mismo(a), y me acepto tal como soy	0	1	2	3	4
55	Si lo necesito, conozco personas que me aprecian lo suficiente para ayudarme	0	1	2	3	4
56	No necesito la aprobación de otros para sentirme feliz y satisfecho(a)	0	1	2	3	4
57	Me veo a mi mismo(a) como alguien especial y merecedor de la atención y afecto	0	1	2	3	4
58	Como me siento conmigo mismo(a) es más importante que las opiniones de otros	0	1	2	3	4
59	Me agrada hablar en grupo o en público	0	1	2	3	4
60	Me gusta dirigir a los demás	0	1	2	3	4
61	Me escogen para encabezar grupos de estudio o trabajo	0	1	2	3	4
62	Actúo con poco tacto y muy crítico con los demás	0	1	2	3	4
63	Me dicen que soy mandón	0	1	2	3	4
64	Tengo problemas con compañeros de estudio o trabajo	0	1	2	3	4
La siguiente sección explora algunas de tus actitudes y experiencias						
	Por favor contesta las siguientes preguntas indicando con una X la respuesta que mejor se adecúe a ti:	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con mucha frecuencia	Frecuencia
65	Es fácil conseguir drogas prohibidas en mi barrio o colegio	0	1	2	3	4
66	Conozco a alguien que consume drogas prohibidas en mi barrio o colegio	0	1	2	3	4
67	Si quisiera, podría conseguir drogas hoy mismo	0	1	2	3	4
68	Tengo un amigo o persona cercana que consume drogas	0	1	2	3	4
69	Si me ofrecen drogas, yo podría aceptar	0	1	2	3	4
70	Probar drogas es una parte natural de la vida de los adolescentes	0	1	2	3	4
71	Debería controlarse más la venta de alcohol y tabaco a los adolescentes	0	1	2	3	4
72	Tengo información sobre los daños que produce el alcohol	0	1	2	3	4
73	Tengo información sobre los daños que produce el tabaco	0	1	2	3	4
74	Tengo información sobre los daños que producen las drogas prohibidas	0	1	2	3	4
75	La presión o influencia de los amigos es un factor importante para empezar a consumir alcohol	0	1	2	3	4
76	En las fiestas o reuniones me siento presionado por mis amigos a tomar bebidas alcohólicas	0	1	2	3	4

2 CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES

1	¿Has fumado tabaco (cigarrillos)?	Nunca	Alguna vez en mi vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 6 meses	Alguna vez en los últimos 30 días	Alguna vez en los últimos 7 días
2	¿A qué edad fue la primera vez?			A los		Años	
3	¿Has consumido bebidas alcohólicas?	Nunca	Alguna vez en mi vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 6 meses	Alguna vez en los últimos 30 días	Alguna vez en los últimos 7 días
4	¿A qué edad fue la primera vez?			A los		Años	
5	¿Has consumido marihuana o hachis?	Nunca	Alguna vez en mi vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 6 meses	Alguna vez en los últimos 30 días	Alguna vez en los últimos 7 días
6	¿A qué edad fue la primera vez?			A los		Años	
7	¿Has fumado pasta base de cocaína (pitillos, "satuca")?	Nunca	Alguna vez en mi vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 6 meses	Alguna vez en los últimos 30 días	Alguna vez en los últimos 7 días
8	¿A qué edad fue la primera vez?			A los		Años	
9	¿Has consumido cocaína (nieve, cristal)?	Nunca	Alguna vez en mi vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 6 meses	Alguna vez en los últimos 30 días	Alguna vez en los últimos 7 días
10	¿A qué edad fue la primera vez?			A los		Años	
11	¿Has consumido inhalantes: (clefa, thinner, acetona, etc.)?	Nunca	Alguna vez en mi vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 6 meses	Alguna vez en los últimos 30 días	Alguna vez en los últimos 7 días
12	¿A qué edad fue la primera vez?			A los		Años	
13	¿Has consumido alucinógenos: (LSD, Floripondio, Peyote, Etc.)?	Nunca	Alguna vez en mi vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 6 meses	Alguna vez en los últimos 30 días	Alguna vez en los últimos 7 días
14	¿A qué edad fue la primera vez?			A los		Años	
15	¿Has consumido pastillas para los nervios o para dormir? ¿Cuál?.....	Nunca	Alguna vez en mi vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 6 meses	Alguna vez en los últimos 30 días	Alguna vez en los últimos 7 días
16	¿A qué edad fue la primera vez?			A los		Años	
17	¿Has consumido estimulantes (sustancias para no dormir, adelgazar, pilas, etc.)?	Nunca	Alguna vez en mi vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 6 meses	Alguna vez en los últimos 30 días	Alguna vez en los últimos 7 días
18	¿A qué edad fue la primera vez?			A los		Años	
19	¿Alguna vez en tu vida has consumido pastillas de Éxtasis?	Nunca	Alguna vez en mi vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 6 meses	Alguna vez en los últimos 30 días	Alguna vez en los últimos 7 días
20	¿A qué edad fue la primera vez?			A los		Años	