



**“FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN:
PREVENCION DEL CONSUMO DE MARIHUANA
EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE RÍO
CUARTO”**

Lic. en Psicología

VALENTINA ZANINI

2015

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por haberme propiciado la mejor educación y lecciones de vida. Por haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue.

A mi familia fuente de apoyo constante e incondicional en toda la vida.

A mi amado por la paciencia, comprensión y amor que me brinda día a día.

A mis amigas del alma por los momentos compartidos en todos estos años.

A aquellos que me ayudaron en la difícil tarea de realización de este trabajo.

Resumen

A lo largo del presente Proyecto de Investigación Aplicada (P.I.A) se tratará la problemática del consumo de marihuana y la prevención en adolescentes. Se parte de la idea de que es una problemática policausal ya que no existe un único ni común determinante por el cual los sujetos tienen un acercamiento a las drogas, ni mucho menos se devienen adictos de un día para el otro. Desde el punto de vista psicosocial, esta problemática afecta al sujeto de diferentes maneras, ya sea a nivel individual, familiar, escolar, social. A partir de una encuesta aplicada a adolescentes pertenecientes a diferentes instituciones escolares de la ciudad de Río Cuarto, se investigó cuáles son los factores de riesgo y de protección más influyentes para el posible consumo de marihuana por parte de los mismos. A pesar de que la elección de consumir drogas es propia del sujeto, también influyen factores externos a éste, ya sean sociales, familiares y culturales, comunitarios.

Palabras clave: Factor de Riesgo - Factor de Protección - Adolescencia - Consumo de marihuana - Prevención.

Abstract

Throughout this Applied Research Project (PIA) the issue of marijuana use and prevention in adolescents will be treated. It starts from the idea that this is a policausal problematic because there is no single or common determinant by which the subjects have an approach to drugs, as well as being far from becoming addicts from one day to the other. From the psychosocial point of view, this problem affects the subject in different ways, whether at individual, family, school and social level. From an inquiry applied to adolescents from different educational institutions of the city of Rio Cuarto, we investigated what the most influential risk and protection factors for the possible use of marijuana by them are. Even though the choice of taking drugs comes itself from the subject, there are external influencing factors to it as well, like social, family and cultural ones.

Keywords: Risk Factor - Protection Factor - Adolescents - Marijuana - Prevention.

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Capítulo I: Planteamiento del problema	8
1.1 Introducción	8
1.2 Antecedentes y fundamentación.....	10
1.3 Problema.....	19
1.4 Objetivos	19
1.4.1 Objetivo general.....	19
1.4.2 Objetivos específicos	19
1.5 Justificación.....	20
Capítulo II: Marco Teórico	21
2.1 La Adicción: Diferentes concepciones teóricas	21
2.2 Factores de riesgo y Factores de protección.....	27
2.3 Marihuana, la droga de moda	40
2.3.1 Principales características	41
2.3.2 Inicio de consumo	42
2.3.3 Marihuana, ¿La “puerta de entrada” a otras drogas?	43
2.3.4 Formas de consumo y absorción	44
2.3.5 Efectos del consumo	45
2.3.5.1 Efectos Agudos	45
2.3.5.2 Efectos Crónicos	50
2.3.6 Uso, Abuso y Dependencia: Continuum de consumo.....	53
2.4 Adolescencia y consumo.....	60
2.4.1 Fases de la adolescencia.....	64
2.4.1.1 Adolescencia inicial o Pubertad.....	64
2.4.1.2 Adolescencia media o propiamente dicha.....	68
2.4.1.3 Adolescencia final o Alta adolescencia.....	70
2.4.2 Grupo de pares	71
2.5 Adolescencia y Nocturnidad	76

2.6 Estilos de crianza.....	78
Capítulo III: Metodología.....	80
3.1 Diseño y tipo de investigación	80
3.2 Participantes	80
3.3 Herramientas e Instrumento	81
3.4 Procedimiento.....	82
3.5 Cuestiones éticas	83
Capítulo IV: Análisis de resultados.....	84
Capítulo V: Discusión.....	97
Referencias bibliográficas	108
Anexo	117
Encuesta	118
Carta informativa para participantes de la investigación	120
Consentimiento informado de participación en la investigación	121

Índice de Tablas

Tabla 1: Factores relacionados con el consumo de marihuana durante la adolescencia.....	39
Tabla 2: Sexo	84
Tabla 3: Edad	84
Tabla 4: Conocimiento acerca de casos de consumo de marihuana en niños	86
Tabla 5: Percepción de la marihuana como sustancia legal.....	86
Tabla 6: Percepción de la marihuana como sustancia ilegal.....	86
Tabla 7: Verbalizaciones de los adolescentes con connotaciones negativas sobre los efectos de la marihuana.....	88
Tabla 8: Experimentación de cosas nuevas.....	89
Tabla 9: Experimentación con la sustancia.....	89

Tabla 10: Amigos que consume marihuana.....	90
Tabla 11: Relación existente entre los amigos que consumen marihuana y el consumo del adolescente.....	91
Tabla 12: Relación existente entre el incentivo del grupo de pares al consumo y el consumo del adolescente.....	92
Tabla 13: Relación existente entre la integración del grupo de pares y el consumo por parte de los amigos.....	93
Tabla 14: Creencia de los adolescentes respecto al contexto nocturno recreativo y el consumo de marihuana –“¿Es más sencillo consumir marihuana saliendo de noche a los boliches/bares?	94
Tabla 15: Relación existente entre el consumo de los padres/tutores y el grado de acuerdo-desacuerdo de estos para con el consumo de marihuana.	95
Tabla 16: Comunicación entre padres e hijos	96

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Instituciones educativas encuestadas	85
---	----

Capítulo I: Planteamiento del problema

No existen más que dos reglas para escribir:

tener algo que decir y decirlo

(Oscar Wilde)

1.1 Introducción

El siguiente trabajo con formato de Proyecto de Investigación Aplicada (P.I.A) fue realizado en el marco del Trabajo Final de Graduación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Empresarial Siglo 21. El presente trabajo es una investigación donde se ahondará acerca de la presencia de factores de riesgo y protección de los adolescentes de la ciudad de Rio Cuarto en relación al posible consumo de marihuana por parte de los mismos. Se trabajará desde un Modelo Psicosocial (Casella, 2009) en donde el eje de enfoque es el sujeto y no la sustancia en sí misma, teniendo en cuenta los diferentes factores de riesgo y protección que están presentes en el adolescente.

Para llevar a cabo la investigación se plantearon ciertos objetivos, tanto general como específicos, además se requirió de una metodología seleccionada y diseñada específicamente para la investigación, con el propósito de lograr los mejores resultados posibles y guiar la investigación hacia un determinado fin, el cual es conocer y predecir los factores de riesgo y de protección de los adolescentes de la ciudad y su posible influencia en el consumo de marihuana. En cuanto a la metodología utilizada, se realizaron encuestas a adolescentes de entre once y quince años de edad, es decir, aquellos que cursan el 1° año y 2° año del colegio secundario de diferentes instituciones

públicas y privadas de la ciudad. De las encuestas administradas, se recabaron los datos necesarios para su posterior análisis y así arribar a diversas conclusiones.

En cuanto a los factores de riesgo y de protección que se trabajarán son los siguientes: Factores Individuales, del Grupo de pares y Familiares. Se cree viable trabajar con estos factores, ya que se considera al sujeto como un individuo inmerso en un contexto social determinado, el cual es capaz de tomar sus propias decisiones, pero siempre teniendo en cuenta la influencia del medio social, familiar, cultural y más precisamente, al tratarse de adolescentes, de su grupo de pares.

Al hablar de la problemática del uso de drogas es necesario contemplarlo desde diferentes aristas, ya que es un fenómeno complejo y multicausal. Por lo tanto a lo largo del trabajo se tomarán en cuenta diferentes aspectos del sujeto para poder realizar una investigación lo más acabada posible, aunque siempre teniendo en cuenta las limitaciones inevitables de la misma. Estos aspectos abarcaran tanto el momento histórico en donde éste se encuentra inmerso, lo referente a lo social -ya sea tanto con la familia y con el grupo de pares con los que se relaciona- aspectos subjetivos, entre otras cosas.

1.2 Antecedentes y fundamentación

El consumo de marihuana entre estudiantes del nivel secundario de todo el país es una problemática tanto social como individual en donde intervienen múltiples factores y ha mantenido una tendencia creciente en la última década, por lo tanto es importante crear planes de prevención en escuelas, centros comunitarios, vecinales, entre otros ámbitos para concientizar a las personas acerca de esta problemática para así prevenir de manera directa o indirecta a aquellos jóvenes y adolescentes e informarlos acerca de los daños y consecuencias que provoca el consumo abusivo de la sustancia, ya sea corto o a largo plazo.

En esta sección del trabajo se plantearán antecedentes sobre el tema a tratar y relacionados con el mismo. A continuación se darán a conocer diferentes estudios realizados por investigadores acerca del consumo de marihuana, la influencia del grupo de pares para su consumo, las variables familiares que influyen en los adolescentes para con el consumo, la relación tabaco - alcohol - marihuana en adolescentes y la relación existente entre la vida recreativa nocturna y el consumo de drogas.

Para comenzar, se menciona un estudio realizado por Varela Arévalo, Salazar Torres, Cáceres de Rodríguez y Tovar Cuevas (2007) el cual tuvo como objetivo describir el consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes y los factores psicosociales de riesgo y de protección asociados. La muestra constó de 763 estudiantes de la Universidad Javeriana de Cali (Colombia). El instrumento fue un cuestionario con preguntas configuradas para averiguar datos acerca de factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Los resultados muestran que la marihuana fue la droga de

mayor consumo y que existe una fuerte asociación entre el consumo de las cuatro sustancias psicoactivas ilegales (marihuana, opiáceos, cocaína y éxtasis) y los factores psicosociales de riesgo y/o protección, principalmente, las habilidades de autocontrol, los preconceptos, valoración de las sustancias psicoactivas, la relación con personas consumidoras y los comportamientos perturbadores.

En el año 2007, autores como Becoña Iglesias, Cavada, Silva y Cáceres realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la relación entre consumo precoz de tabaco y alcohol y el riesgo de consumir marihuana en escolares. Se analizaron 54.001 escolares de ocho a veinte años de edad. Como variables predictoras se consideró el auto reporte de consumo de tabaco y alcohol, la edad de inicio de consumo de tabaco y/o alcohol, y la intensidad de uso del tabaco. El resultado de esta investigación fue que los escolares presentaron alta prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y marihuana. El consumo de tabaco en presencia de consumo de alcohol fue un factor de riesgo de uso de marihuana. La probabilidad de consumo de marihuana fue mayor en quienes fumaban todos o casi todos los días en relación a quienes fumaban sólo los fines de semana. En esta investigación se concluyó que el riesgo de consumo de marihuana se asoció significativamente con la edad de inicio de consumo de tabaco, la frecuencia de consumo de tabaco y el consumo simultáneo de alcohol.

Se ha registrado un estudio realizado por Miguez, Fernández, Romero y Mansilla (2010), acerca de la posibilidad de acceso a la marihuana. El estudio constó de 1.335 encuestas realizadas a alumnos de diferente sexo del último año de escuelas provinciales de la ciudad de Córdoba Capital. Los datos obtenidos fue que la oferta de drogas ha llegado a 1 de cada 10 chicos. La marihuana aparece en primer lugar entre las ofrecidas.

Este estudio demuestra que debido a la fácil accesibilidad de la marihuana, ya sea para adolescentes y adultos, los sujetos podrían estar más expuestos a consumir. No siendo esto un factor suficiente para justificar el consumo, sino más bien, se estaría hablando de un factor necesario.

Por otro lado, en lo que compete a lo neuropsicológico y a las capacidades cognitivas de los sujetos, debe citarse a Meier (2013) quien junto con un equipo de científicos realizaron una investigación en el cual se estudió a un grupo de 1.037 individuos de la localidad neozelandesa de Dunedin a lo largo de toda su vida. Les sometieron a pruebas neuropsicológicas en 1985 y 1986 antes de que hubiesen empezado a fumar marihuana y los tests se repitieron entre 2010 y 2012 cuando algunos de ellos ya la consumían de forma persistente. En la misma se descubrió que las personas que comenzaron a fumar cannabis antes de los 18 años llegaron a perder hasta ocho puntos de cociente intelectual cuando se compararon los resultados de sus tests de inteligencia a los 13 y a los 38 años de edad. Los investigadores llegaron a la conclusión de que el uso persistente de marihuana durante la adolescencia daña de forma duradera la inteligencia, la memoria y la capacidad de atención. El estudio viene a confirmar que el cerebro en maduración, tanto física como emocional, es mucho más susceptible al cannabis que el de una persona adulta, ya que tanto en la adolescencia como en la infancia, son períodos de desarrollo crítico en la maduración de las neuronas y los sistemas de neurotransmisores.

El siguiente estudio es novedoso en tanto que se toma en cuenta una variable poco estudiada e investigada por los científicos que es la relación existente entre la vida recreativa nocturna y el consumo de drogas. En una investigación realizada por Calafat, Fernández Gómez, y Becoña Iglesias (2001) los autores se plantearon el objetivo de

comparar la vida recreativa nocturna como predictor del uso de drogas, con otros factores de riesgo y protección tradicionales. Para la investigación se utilizó una muestra de un total de 806 jóvenes fueron entrevistados por IREFREA¹ en 2001 en espacios recreativos nocturnos en cuatro ciudades españolas. La muestra está balanceada por consumo de drogas (consumidores y no-consumidores), sexo y grupo de edad (adolescentes y adultos jóvenes). Se utilizó un cuestionario que incluye cuestiones sobre características sociodemográficas, uso de drogas, búsqueda de sensaciones, conductas de riesgo, conducta desviada, hábitos recreativos, características familiares y de los amigos y otras variables mediadoras. En el resultado de la investigación se identificaron diversos predictores tradicionales del consumo de drogas de naturaleza individual e interpersonal: haber probado tabaco y alcohol, ser mal estudiante, poco religioso, tener amigos consumidores, tener conductas de riesgo y desviadas socialmente y diversas actitudes favorables al consumo de drogas y en contra de su control legal. Pero también resultaron predictores, lo cual es lo novedoso, una mayor implicación en salir a bailar y ciertas opiniones sobre los motivos para salir y sobre los contextos recreativos.

Se plantea como antecedente el estudio realizado por Moral Jiménez, Rodríguez Días y Sirvent Ruiz (2005) donde se investigó acerca de los motivadores de consumo y experimentación de sustancias psicoactivas en los adolescentes y a su vez se realizó un análisis de diferencia inter-género y propusieron la idea un continuum etiológico en relación a las sustancias psicoactivas, legales e ilegales. La muestra fue realizada mediante un muestreo intencional abarcando 273 adolescentes entre 14 y 18 años provenientes de diferentes instituciones secundarias. Los resultados mostraron que las

¹ European Institute of Studies on Prevention.

razones que inducen a los adolescentes a experimentar sustancias psicoactivas son motivaciones netamente psicosociales. Se otorga una gran importancia al grupo de pares y el efecto de contagio de los iguales, cuyo trasfondo no es otro que la necesidad de autoafirmación en el grupo asociada a redefiniciones de la identidad. Conjuntamente con estos resultados, se concluyó que la supervisión paternal, la disciplina paterna y la protección derivada del afecto y apego familiar son de gran importancia como factores de protección. Además en esta investigación se ha confirmado la existencia de diferencias inter-género en cuestiones relacionadas con los motivadores para el consumo, de manera que las adolescentes reconocen que consumen como mecanismo de evitación de displacer, en cambio los adolescentes lo hacen a modo de defensa contra la falta o empleo desadaptativo de recursos individuales. Por último, en lo que concierne a las prácticas de ocio, búsqueda de nuevas sensaciones, desinhibición, entre otras, no se han encontrado diferencias inter-género.

Por otro lado, en relación a los factores de riesgo de tipo social más específicamente del grupo de pares, se encontró una investigación realizada por Graña Gómez y Muñoz-Rivas (2000) quienes investigaron acerca de los factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. El objetivo del estudio consistió en analizar cómo influye la relación que mantienen los adolescentes con el grupo de iguales en el consumo de drogas. Se ha utilizado una muestra de 1.570 adolescentes de ambos sexos. Las variables evaluadas estaban relacionadas con el consumo de droga en relación con el grupo de iguales. Los resultados mostraron que el mejor predictor para explicar el consumo de las distintas sustancias era el hecho de tener amigos que consumían tabaco, alcohol y marihuana.

En un estudio realizado por López Larrosa y Rodríguez-Arias Palomo (2010), se investigaron a 2400 adolescentes de 12 a 18 años pertenecientes a escuelas secundarias variadas y de igual porcentaje de mujeres y varones. Por un lado se descubrió que los hombres se diferencian significativamente de las mujeres en tanto que para ellos las leyes y normas de la comunidad con respecto al consumo son más favorables, el manejo familiar es más escaso, el fracaso académico es mayor, se da un inicio más temprano en el uso de drogas, el poco riesgo percibido y las búsquedas de sensaciones son mayores. En las mujeres el conflicto familiar, las transiciones y la depresión son mayores. En relación a los factores de protección, los varones tienen mayores oportunidades para la implicación prosocial en la comunidad, mientras que las mujeres tienen mayores oportunidades para la implicación prosocial en la familia, habilidades sociales y creencia en el orden moral. En cuanto a la edad, se determinó que los menores de 15 años de edad tienen valores más altos en todos los factores de protección, mientras que los mayores tienen mayores valores en los factores de riesgo. Tanto en varones como en mujeres, se observó una baja percepción de riesgo ante el consumo lo cual se relaciona con una mayor tendencia a consumir todas las sustancias analizadas. El inicio temprano y el consumo de amigos se relacionan con mayor consumo de todas las sustancias, menos de cocaína. Las actitudes favorables al consumo se relacionan con una mayor tendencia a consumir alcohol, drogas ilegales y con alto consumo de alcohol y tabaco. La búsqueda de sensaciones se relaciona con un mayor consumo de cocaína y con consumo y alto consumo de alcohol.

En lo que concierne al ámbito familiar del adolescente, se encontró un estudio realizado por Muñoz Rivas (2001), en donde se analizó la influencia y el peso diferencial

de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes. Se utilizó una muestra de 1.570 adolescentes de ambos sexos, con un cuestionario que incluyó una primera parte presentada en forma de encuesta y, una segunda parte en la que se presentaban un total de cinco escalas de evaluación psicológica. Los resultados mostraron que las diversas sustancias de consumo estudiadas se agrupaban de forma empírica en tres factores denominados: *drogas legales*, *drogas médicas* y *drogas ilegales*. A su vez, se realizaron varios análisis de regresión por pasos con cada uno de los tres factores y se confirmó que los principales factores de riesgo familiares para explicar el consumo de drogas legales eran la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre.

Un aspecto importante a tener en cuenta en la adolescencia, es la comunicación entre los adolescentes y sus padres. Águeda Parra Jiménez y Alfredo Oliva Delgado (2002) entrevistaron a 513 adolescentes de entre 13 y 19 años de diferentes instituciones educativas, tanto urbanas como rurales. El principal objetivo de la investigación fue estudiar los patrones de comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. Se evaluó la frecuencia comunicativa entre los adolescentes y sus progenitores y la intensidad emocional que tenían estas conversaciones de acuerdo a los temas tratados. Se partió de la idea de que en la adolescencia la frecuencia comunicativa desciende en comparación a la infancia y a la adultez, además se tuvo en cuenta que el pensamiento formal propio del adolescente, hace que sean más críticos y utilicen argumentos sólidos para defender sus ideas. Se llegaron a varias conclusiones. Por un lado, las mujeres y hombres suelen dialogar con mayor frecuencia con sus madres que con sus padres, así

mismo también es con ésta que tienen más discusiones y peleas por temas cotidianos; en cambio con el padre las conversaciones suelen ser más referidas a temas políticos, normas familiares. Por otro lado, los adolescentes perciben que las madres tienen una mayor implicancia afectiva y física que los padres en la crianza y en la manera de relacionarse con ellos. Por último, los autores aseguran que los temas que se discuten con menor frecuencia son aquellos que despiertan en los adolescentes mayor intensidad emocional.

Becoña Iglesias et. al. (2012) han realizado una revisión de estudios publicados durante 30 años por PubMed² y PsycInfo³, de los cuales fueron seleccionados un total de 37 artículos empíricos, en los cuales se investigó la relación existente entre la estructura familiar y el consumo de droga de los hijos y la influencia de una patología de los padres en el consumo de drogas de los hijos. Por un lado, en relación al consumo de marihuana, la estructura familiar influye en el consumo de esta sustancia, de modo que los jóvenes con padres divorciados tendrían más probabilidades de consumir marihuana (Hoffman, 1994). En esta misma línea, otros estudios señalan que el consumo de marihuana es mayor en familias reconstituidas o monoparentales. Por otro lado, Hollist y Mc Broom (2006) seleccionaron una muestra de 15.455 jóvenes, donde se estudió el papel que jugaba la estructura familiar y la tensión dentro de la unidad familiar en su consumo de marihuana. El resultado más significativo fue que independientemente del nivel de conflicto en el hogar, los adolescentes que vivían con ambos padres tenían menos probabilidades de consumir cannabis. En relación a la psicopatología de los padres y el consumo de droga por parte de los hijos, Weintraub (1990) analizó a 474 niños durante una década y encontró que en las familias donde había un padre alcohólico el conflicto y

² US National Library of Medicine National Institutes of Health.

³ Base de Datos Bibliográfica del área de la psicología y aspectos psicológicos de disciplinas relacionadas.

la desorganización familiar alcanzaba niveles altos, y estos aumentaban aún más cuando el padre además presentaba un trastorno psiquiátrico. Por lo tanto, concluyó que en dichas familias los adolescentes tenían más probabilidades de consumir sustancias.

Se encontró un estudio realizado por Alfonso, Huedo, Medina y Espada (2009) donde el objetivo del estudio fue estimar la relación entre el patrón de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes y los factores de socialización como predictores de su consumo. La muestra incidental estuvo compuesta por 292 estudiantes de 1° a 4° de Educación Secundaria Obligatoria de la ciudad de Madrid. Los resultados de la investigación muestran que la mayor frecuencia de consumo de cannabis está relacionada con una también mayor frecuencia de consumo de tabaco, de alcohol, el fácil acceso a las drogas y un grupo de amigos con actitudes y comportamientos favorables a las mismas.

Teniendo en cuenta los antecedentes investigados, se ha encontrado un gran desarrollo de investigaciones abocadas a estudiar de los factores de riesgo y de prevención alrededor del mundo, pero se considera que este tipo de investigación será innovadora en la ciudad de Río Cuarto, ya que no hay desarrollos acerca del tema.

Se cree que la investigación es viable en cuanto a tiempos y espacios en donde se realizarán las encuestas a los adolescentes. La ciudad de Río Cuarto cuenta con más de 100 instituciones escolares tanto públicas y privadas en donde es posible asistir para realizar las mediciones necesarias.

1.3 Problema

¿Cuál es la presencia de los factores de riesgo y protección individuales, de pares o iguales y familiares en el consumo de marihuana en los adolescentes de la ciudad de Rio Cuarto?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Identificar la presencia de los factores de riesgo y protección en el consumo de marihuana vinculados a los aspectos personales e interpersonales en los adolescentes de la ciudad de Rio Cuarto.

1.4.2 Objetivos específicos

- Analizar la presencia de factores de riesgo y protección vinculados al grupo de pares.
- Analizar la presencia de factores de riesgo y protección vinculados a la situación familiar.
- Analizar la presencia de factores de riesgo y protección vinculados a aspectos individuales.

1.5 Justificación

La relevancia del presente trabajo de investigación a nivel científico está dada por el aporte a una nueva indagación en esta temática, la cual podría facilitarles la tarea a profesionales quienes trabajan con este tipo de problemática y así tener mayores elementos clínicos a considerar. Por otro lado, la importancia a nivel técnico será porque se aportará un instrumento tipo cuestionario realizado en base a los factores de riesgo y protección que Becoña Iglesias (2002) considera principales cuando se habla de prevención. Y por último, con respecto a la relevancia ética, la meta principal de la investigación es brindar información de estos factores y lograr detectarlos en los adolescentes para prevenir el consumo de marihuana en ellos.

Capítulo II: Marco Teórico

2.1 La Adicción: Diferentes concepciones teóricas

El problema de las adicciones es un mal que aqueja a una gran porcentaje de la población mundial, y es por ello que han sido diversas las disciplinas que han abocado sus estudios a explicar el fenómeno y aportar herramientas para su tratamiento. En este sentido, se han desarrollado múltiples modelos para abordar la problemática. A continuación se hará un recorrido de los modelos más relevantes a lo largo de la historia.

En las primeras décadas del siglo XX, surge en Estados Unidos el Modelo Ético-Jurídico, el cual posiciona al sujeto como un agente pasivo y a la droga como un agente activo, en donde el sujeto ocupa un segundo plano. Este modelo concibe al sujeto que consume sustancias como un transgresor de la ley y por lo tanto era considerado un delincuente. El instrumento privilegiado de este modelo era la legislación penal y la cárcel, sumado al rechazo, la censura y el aislamiento social. Los mensajes preventivos tienen un fuerte contenido moral y la prevención es sinónimo de control y busca generar temor como forma de lograr eficacia, ya que la libertad de las personas está en juego. Los responsables de la prevención serán los organismos vinculados a las áreas de justicia y seguridad (Casella, 2009). Según Touzé G. (2006) el modelo presenta una paradoja intrínseca, ya que por un lado presenta al consumidor como vicioso y a sus conductas como ilegales, razón por la cual se convierte en un delincuente; pero por otro lado, el modelo considera como agente activo a la droga, no a la persona que es sólo su víctima, convirtiéndose en delincuente y víctima simultáneamente.

Unos años más tarde, en la década de 1940, en Estados Unidos, se consolida el Modelo Médico-Sanitario el cual introduce la noción de enfermedad, caracterizando al consumidor como enfermo. En tanto enfermo, el consumidor requiere ser curado, ya sea tanto institucionalizándolo y/o administrándole drogas y medicamentos para su recuperación, de esta manera el sujeto es considerado drogodependiente. Son comunes las prácticas de desintoxicación a fin de eliminar la droga, programas de sustitución para lograr su control, rehabilitación y reinserción social ya que su rol social, una vez recuperado, será de ex-adicto. Este modelo, considera a la sustancia como un elemento significativo del fenómeno, por lo tanto, como agente activo se introduce en el sujeto y lo enferma si el contexto lo torna vulnerable. La estigmatización se hace presente dividiendo a los sujetos según clases y grupos sociales, reservando las acciones enmarcadas en el modelo jurídico para los sectores marginales, por lo tanto estos sujetos devienen delincuentes y las acciones enmarcadas en el modelo médico para los sectores medios. Las acciones preventivas se encaminan a evitar el uso indebido de drogas mediante la información de los daños producidos por las mismas (Casella, 2009).

Otros de los principales modelos son, en primer lugar, el Socio-Cultural en el cual el eje de su propuesta es el contexto social, los factores culturales y socio-económicos los cuales determinan las situaciones de consumo. Dicho modelo combina la teoría del aprendizaje con aspectos genéticos, tratando de ofrecer una comprensión antropológica y sociológica de la conducta cultural y las normas sociales (Heath, 1980). Desde este modelo, la conducta de consumo de sustancias se podría explicar cómo una interacción entre ambos tipos de factores. En cuanto a lo biológico, existen estudios que sustentan una teoría simplista la cual considera que algunos tipos de drogodependencias podrían

tener una base genética o constitucional (Tarter, 1988; Goodwin, 1976). Por otro lado, en cuanto a lo ambiental, el modelo señala la influencia del entorno sobre la conducta del individuo, es así que las reglas y normas establecidas por la sociedad podrían condicionar y hasta determinar en el individuo el uso de drogas (Pastor y López Latorre, 1993).

En segundo lugar, se encuentra el modelo Geopolítico-Estructural, surgido a fines de los años 70 en Estados Unidos. Tiene un corte político más que sanitario, considerando al tráfico de drogas y al consumo como una cuestión la cual el Estado debe solucionar y controlar. Además, este modelo considera que el contexto está integrado por el ambiente individual, familiar, comunitario, y toda la sociedad con sus factores, cambios y contradicciones (Pastor y López Latorre, 1993).

En tercer lugar, el modelo Ético-Social busca integrar los anteriores enfoques tomando en cuenta no sólo la interacción de la tríada sustancia-sujeto-contexto, sino también la preocupación por la existencia, por el sentido de la vida. Según autores como Camarotti, Di Leo y Kornblit (2010) plantean que para determinar los alcances de una “ética social” es necesario construir un proyecto grupal guiado por las siguientes premisas:

- 1- Se debe privilegiar la participación activa de docentes y alumnos en las actividades preventivas.
- 2- La enseñanza preventiva en drogadicción debe dirigirse preferentemente a los educadores y a los padres.
- 3- La metodología de enseñanza debe tender a desarrollar un proyecto común entre docentes y alumnos.

Al momento de abordar la problemática de la drogadicción, uno de los modelos más recientes y controvertidos es el modelo de Reducción de Daños. Según Casella (2009) es considerado como un verdadero cambio de paradigma ya que intenta mejorar las consecuencias adversas sobre la salud brindando atención médica y social a las personas sin requerir necesariamente la reducción del consumo. Este autor plantea que “la reducción de daños resulta más adecuada desde su pragmatismo para atender el problema de las drogas. Si bien porta el contenido de una estrategia de control social asentada en el discurso médico, permite mejorar las condiciones de vida de las personas que consumen drogas, dando lugar a una afirmación de su calidad de ciudadanos, cuyos derechos deben ser asegurados” (p.17). En este modelo, a diferencia de los anteriores, el usuario de drogas aparece como un actor racional, tiene la posibilidad de modificar los aspectos de su consumo, al tener en cuenta la información y atención brindada por los servicios de salud. Los dispositivos preventivos hacen foco en deconstruir mitos, creencias y prejuicios acerca del uso de sustancias y de los que las consumen.

Por otro lado y desde una perspectiva psicoanalítica se encuentra el planteamiento de Martínez Malo (2000) donde posiciona la a-dicción como un bien-decir del inconsciente. La dicción proviene del latín (*dictio onis*) y es un derivado de decir (*dicere*), es el discurso, el modo de expresión (Corominas y Pascual, 1984). En cambio la *a-dicción* es, entonces, la falta de palabra para expresar algo, y también puede ser la mala manera de pronunciar o decir algo. La a-dicción es, por lo tanto, la falta de un decir, o bien, un mal-decir. Algo que falta de ser dicho y que se expresa de otra manera; algo que es mal dicho, a la manera de un lapsus, que es un mal-decir para la dicción, pero un bien-

decir del inconsciente. Es la ausencia de dicción o la mala dicción de algo que es particular para cada sujeto, llamémosle a-dicto, algo que es del orden de la verdad y, por lo tanto, además de no poder ser generalizable, es imposible su dicción.

Muchos médicos psiquiatras e incluso psicoanalistas, concuerdan en que la a-dicción es una enfermedad que debe ser curada pero si se toma en cuenta el planteamiento de Martínez Malo (2000) con su mirada psicoanalítica de la a-dicción, se podría decir que la ausencia de decir o un mal decir no es ninguna enfermedad. Siguiendo a este autor, plantea que el objeto llamado droga no convierte a un sujeto en adicto; si es condición necesaria, pero no suficiente. Es un sujeto quien a un objeto x le otorga el estatuto de droga y convierte su uso en una a-dicción.

Finalmente, se encuentra el Modelo Psicosocial que surge en la década de 1960 con la aplicación del modelo elaborado por Gerald Caplan, el cual se consolidó en Estados Unidos. Este modelo se presenta como el más apropiado para abordar el presente trabajo, ya que en el mismo el eje de enfoque cambia. Ya no se considera la sustancia como central en la problemática, sino que es trasladado a las personas, lo que se prioriza es el tipo de vínculo que se establece con ellas. Aparecen las nociones de uso, abuso y dependencia. Además se distinguen factores de frecuencia que se colocan en un continuo que va desde el consumo ocasional hasta el reiterado y compulsivo. El contexto social se considera clave en tanto factor que interviene en la conformación de actitudes y comportamientos, resaltando específicamente el nivel familiar y de grupo de pares y/o referencia (Casella, 2009).

Se instala la noción de síntoma, la adicción a las drogas se considera un síntoma, producto de una patología de base del sujeto y de su contexto inmediato. Por lo tanto, la

labor preventiva va a estar a cargo del accionar de los profesionales del campo de la salud mental buscando, ya no la eliminación del consumo, sino principalmente la eliminación de las causas que lo sostienen. La estrategia preventiva es la denominada prevención inespecífica, orientada a la formación de actitudes y comportamientos que impliquen autocuidado y el mejoramiento de las relaciones interpersonales, al fomento del apoyo y la cohesión familiar, a la igualdad de oportunidades para el acceso a la educación, al empleo y al aprendizaje profesional, y a garantizar unas condiciones básicas de vida y de desarrollo (Botvin, 1986; Swisher, 1979). Para ello se apela a intervenciones basadas en técnicas de mejoramiento de la comunicación intra e inter-grupal, reforzamiento de la autoestima y asunción de roles en los espacios donde estos se despliegan.

En este modelo, la información brindada acerca de las consecuencias y efectos que causan las drogas en los sujetos asume un carácter secundario, siendo el individuo el foco de atención, se entiende su consumo como consecuencia de una decisión individual de acuerdo a sus intereses, valores, motivaciones y habilidades, siendo a su vez permeable a las presiones del medio. La explicación del consumo no puede ser vista como una simple relación de causa-efecto, sino que propone que éste surja de la interacción entre diversas variables. (Casella, 2009).

En los últimos años se ha ido incrementando el esfuerzo por conocer cuáles son los factores de riesgo que podrían influir en el consumo de drogas, específicamente en los adolescentes. Se han desarrollado alrededor del mundo estudios e investigaciones con el fin de aportar conocimientos acerca de esta problemática. Debido a que el presente trabajo trata de los principales factores de riesgo y protección que podrían influir en el

consumo de droga por parte de los adolescentes, se cree oportuno mencionar, en primera instancia, qué se entiende por estos y dar a conocer aquellos con los que se investigaran.

2.2 Factores de riesgo y Factores de protección

Es necesario tener en claro que no todas las personas que se ven expuestas a una misma situación de riesgo sufren las mismas consecuencias, ni actúan de la misma manera. Por esto es que muchos investigadores se han ocupado de estudiar estos factores que están presentes en las personas y que de algún modo influirán en sus conductas y elecciones (Becoña Iglesias, 2002).

Se entiende por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992, p. 190). Según Cañal (2003) estos son factores que se asocian con un potencial mayor para el consumo de drogas, es decir, aquellos que favorecen o incrementan el riesgo de desarrollar este problema.

Crayton (1992) ha insistido en que existen varios principios generales que se deben tener en cuenta cuando hablamos de los factores de riesgo, que para él son cinco: en primer lugar, los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. En segundo lugar, la presencia de un solo factor de riesgo no significa que el sujeto se vuelva adicto. En tercer lugar, generalmente, el número de factores de riesgo presentes están directamente relacionados con la probabilidad del abuso de drogas. En cuarto lugar,

la mayoría de los factores de riesgo tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas. Y por último, el autor menciona que es posible hacer una intervención directa en donde se detecten algunos factores de riesgo y pueden tener como resultado la reducción o eliminación de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas.

Además de los factores de riesgo presentes en los sujetos, existe lo que se llama conductas de riesgo, las cuales podrían generar daños inmediatos (por ej.: si una persona conduce ebria es probable que tenga un accidente automovilístico) o daños a largo plazo (por ej.: un/a fumador/a crónica y la aparición de un cáncer de pulmón).

Valverde et al (2001) definen las conductas de riesgo como los “comportamientos que dependen de los individuos, a diferencia de los factores de riesgo. Generalmente estos comportamientos son funcionales en las personas, es decir tienen una intención, o lo que es lo mismo se dirigen a metas (conscientes o inconscientes)” (p. 56). Un ejemplo de conducta de riesgo podría ser una conducción arriesgada favorecida por la ingestión de drogas y/o de alcohol. Estos comportamientos pueden ser causados por uno o varios factores de riesgo, o bien las conductas de riesgo pueden convertirse en factores de riesgo.

Los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un adolescente, mayor es la probabilidad de que éste abuse de las drogas. A pesar de que alguno de los factores de

riesgo pueden ser más poderosos que otros en ciertas etapas del desarrollo, como lo es la presión del grupo de pares durante la adolescencia, la fácil accesibilidad de drogas, un ambiente familiar desfavorable, entre otras, la existencia de factores de protección puede tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la adolescencia (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, INAD, 2004).

Estos tipos de factores no son los únicos que están presentes en los sujetos, ya que si exponemos varios adolescentes a una situación de riesgo, probablemente algunas lleguen a sufrir un daño y otras no, ¿qué es lo que marca la diferencia entre unas y otras?, la respuesta está en los factores de protección.

Los factores de protección, según Becoña Iglesias (2002) son: “Un atributo o característica individuales, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (p. 190).

Citando a Cañal (2003), indica que son “aquellos factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental e individual inherentes a los ambientes clave donde se desarrollan los niños y los jóvenes - escuela, hogar, comunidad - y que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie un proceso adictivo. No son necesariamente lo opuesto a los factores de riesgo” (p. 59).

Cabe diferenciar los factores de protección con las conductas de protección. Valverde et al. (2001) plantean que se trata de “comportamientos que dependen de los individuos a diferencia de los factores de protección, y que los aleja de uno o más riesgos o daños” (p. 60). Un ejemplo de conducta de protección podría ser no consumir drogas

aun estando inmerso en un contexto poco favorecedor. Estas conductas pueden ser provocadas por uno o varios factores de protección, o bien una conducta de protección puede convertirse en un factor de protección en situaciones determinadas.

Resumiendo, el consumo de sustancias se ve influido por múltiples factores, que dependiendo en cómo se presentan en la vida de los adolescentes, pueden constituirse como factores de riesgo o factores de protección. Por ejemplo, tener normas familiares sobre el uso de drogas que sean saludables, puede proteger a los miembros de la familia de caer en una adicción, por el contrario, si no existe tal sistema de normas, o si es deficiente, se termina convirtiendo en un factor de riesgo para sus miembros. Según diversos autores, estos factores se dividen en tres dimensiones: Individuales, Grupo de pares y Familiares (Ver Tabla 1) (Hawkins et al. (1992); Petterson et al. (1992); Moncada (1997); Pollard et al. (1997); Kumpfer et al. (1998); Muñoz Rivas et al. (2000) citados por Becoña Iglesias (2002).

Con respecto los Factores INDIVIDUALES, estos están compuestos por las siguientes variables:

- Actitudes favorables hacia el consumo de droga: La actitud es un elemento previo a la intención conductual y a la conducta (Becoña, 1991). De ahí que una persona tenga una actitud favorable hacia el consumo favorece que dicho consumo se produzca. Las diversas actitudes hacia el consumo de droga se van a ir formando paulatinamente y cambiando desde la niñez hasta la adolescencia; lo que explica, en parte, el hecho de que a partir de los 10 a 13 años se incrementa de modo significativo el consumo de drogas, tanto legales como ilegales si el sujeto se ha formado con una idea y actitud

favorable acerca de las drogas. Notoriamente el tener una actitud favorable respecto a las drogas va a incrementar la probabilidad de probarlas, en cambio una actitud desfavorable va a facilitar una baja probabilidad de prueba por parte del sujeto. Los valores que los sujetos adquieren, transmitidos por su familia, escuela, medio social, favorecen en muchos casos el no consumo ni la prueba de la sustancia (Becoña Iglesias, 2002).

- Iniciación en el consumo de drogas: Las investigaciones muestran que las personas que inician su consumo antes de los 15 años tienen el doble de probabilidad de riesgo de tener problemas con las drogas en un futuro, que aquellos que lo hacen después de los 19 años (Pettersen et al., 2002). Sin embargo, el hecho de que la iniciación del consumo se produzca a una edad precoz, en muchos casos suele estar relacionado con otras variables o factores de riesgo, ya sea que el sujeto se relacione con un grupo de pares que consuman drogas, el fracaso escolar, haber un pobre o nulo control parental en la familia con respecto al sujeto, entre otros (Kandel y Yamaguchi, 1993).
- Búsqueda de sensaciones: “Se refiere a la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas” (Zuckerman, 1997, p. 190). Se han encontrado investigaciones donde esta variable tiene una relación significativa con el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes (Muñoz Rivas et al., 2000).

- Accesibilidad a las drogas: La accesibilidad y disponibilidad es sin duda un factor importante a tener en cuenta, pero no es el único ni determinante. El precio también cobra importancia; cuando éste es bajo la probabilidad de consumo es mayor o de lo contrario, si es elevado la probabilidad de consumo es menor (Chaloupka et al., 2002). Conjuntamente, los puntos de venta cobran gran relevancia a la hora de la accesibilidad de las drogas. Como es sabido, se ha creado una amplia red en donde las personas encargadas de vender la sustancia (también llamado “*dealer*”), van en busca del cliente, ya sea concurriendo a espacios públicos y/o privados (Becoña Iglesias, 2002). Según las opiniones de los profesionales encuestados para un estudio de INAD⁴ (2004), afirman que uno de los motivadores de consumo podría ser la facilidad para conseguir droga, lo que explica que sean tan populares entre los jóvenes. Agrega que este tema es un hecho generalizado, en especial en el contexto recreativo, ya que una porción importante de jóvenes opina que el consumo facilita la diversión y el conseguir algunas cosas, por ejemplo: desconectarse de la rutina, desinhibirse, mayor atrevimiento en la búsqueda de una pareja, entre otras cosas.
- Actividades recreativas: Esta variable se relaciona con la diversión, el ocio, el tiempo libre del adolescente. La diversión es una moneda de doble cara. Es indudable su faceta positiva, pero es necesario analizar otros aspectos y significados que ha adquirido con el tiempo el contexto de la diversión y

⁴ Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones

del tiempo libre. A medida que los estudios nos llevan a profundizar en la complejidad del tema recreativo, se han detectado conexiones entre diversión y problemas de salud pública: abuso de alcohol y otras drogas, relaciones sexuales no protegidas, violencia, etc. En particular, en el contexto recreativo nocturno español existen evidencias de su relación con el consumo de drogas (Hughes y Bellis, 2006; Bellis et al.; 2003, Calafat et al. 2003, Perker et al. 2002; Elzo et al. 2000). En España se ha realizado un estudio⁵ donde se puede ver la relación entre diversión nocturna y consumo de drogas. Se ha llegado a la conclusión que cuanto más tiempo permanecen los adolescentes “*de marcha*” (tiempo libre) más posibilidades tienen de consumir drogas; y el porcentaje de quienes consumen diferentes sustancias se incrementa a medida que se alarga la fiesta nocturna. Es decir, que la posibilidad de tener un ambiente que tolere y favorezca el consumo induce a que algunos jóvenes participen. Por otro lado, es un hecho que el desarrollo de la cultura *house/tecno/dance* en Europa está ligada al consumo de drogas. Diversos estudios han descrito una relación entre estilos de diversión (tipo de música, bailes, contextos) y consumo de determinadas drogas en la actual escena de la fiesta nocturna (Oleaque, 2004, Gilbert y Pearson, 2003; Green, 1997).

Actualmente, la diversión y el tiempo libre están cada vez más asociadas al consumo de drogas (Becoña Iglesias, 2002). No obstante, si este factor se

⁵ Encuesta escolar a adolescentes de entre 14 y 18 años. 2004, España. PNSD

presenta en condiciones favorables, puede convertirse en un factor de protección.

- Conocimientos acerca de la problemática: Esta variable mide el grado de conocimiento que tienen los adolescentes con respecto a la problemática de la drogadicción. Se pretende indagar si el adolescente conoce los efectos que produce la marihuana, tanto en el organismo una vez ingerida la sustancia como también los efectos a largo plazo una vez instalada la adicción. Además, se pretende saber qué conocimientos tienen los adolescentes acerca de la condición legal de la marihuana en nuestro país y si ha escuchado hablar de casos de consumo en niños, para así tener una idea de la información que maneja el adolescente y de la veracidad de la misma. En un estudio realizado por Calafat Far; Jerez; Becoña Iglesias y Fernández Gómez (2006) para el Plan Nacional sobre Drogas de España, se considera que una de las razones por las cuales los adolescentes consumen drogas, es por la falta de información que tienen de ellas. Aunque esta afirmación no es del todo acertada, ya que los adolescentes reciben una cantidad de los medios de comunicación, internet sobre los efectos y consecuencias que estas generan. Pero es posible que esta información recibida sea insuficiente, inadecuada, o que no perdure en el tiempo. Es por esto la importancia de que las campañas preventivas se sostengan en el tiempo y sean realistas. La dificultad no es tanto el acceso a la información sino lograr que penetre críticamente en la conciencia de los jóvenes; sobre todo en aquellos adolescentes que consumen de manera crónica porque les

cuesta asumir los riesgos sobre las drogas debido a que se contradice con sus nuevas necesidades, deseos y creencias.

En segundo lugar se encuentran los Factores del GRUPO DE PARES, los cuales están compuestos por las siguientes variables:

- Uso de droga por parte del grupo de pares: Aquellos adolescentes que se relacionan con un grupo de pares los cuales consumen drogas puede llegar a ser más probable que ellos mismos también la consuman (Pettersson, 1996). Toda una serie de estudios concuerdan que vincularse y realizar actividades con sujetos de su misma edad que consumen drogas puede ser un fuerte predictor del uso de sustancias en jóvenes (Hawkins et al., 1992; Muñoz Rivas et al., 2000). De lo contrario, cuando el grupo de amigos no consume drogas, tiene actitudes y metas semejantes al sujeto facilita una mayor estabilidad y apoyo emocional (Pollard et al., 1997)
- Actitudes hacia el consumo de drogas: Esta variable explica el hecho de que cuando un niño o adolescente se encuentra inmerso en un contexto donde hay uno o varios sujetos que consumen drogas, sus actitudes a menudo cambian hacia una mayor aceptación del consumo. Esta aceptación es lo que lo hace al sujeto más propenso a consumir en un futuro. De lo contrario, cuando estas actitudes son desfavorables y hay una baja tolerancia hacia el consumo, el sujeto está menos

expuesto a consumir drogas. (Pettersen, 1996). También, una actitud favorable lleva una baja percepción del riesgo; una actitud favorable a una alta percepción de riesgo (Becoña, 1986).

- Rechazo por parte de los iguales: Un factor que se ha sugerido en relación al consumo de drogas deriva de una aceptación limitada o rechazo total de la persona por parte de su grupo de pares, especialmente en el período adolescente. Se cree que esta situación, entre otras, podría facilitar conductas de bajo rendimiento escolar, delincuencia, llevando esto a un posible consumo y/o abuso de sustancias (Kumpfer et al., 1998). Sin embargo, existen estudios realizados en donde se plantea que esta variable no necesariamente podría estar relacionada con las conductas recién nombradas, lo cual puede ser debido a que este factor interacciona con otros, como pueden ser los factores de personalidad u otros factores de riesgo (Muñoz Rivas et al., 2000).
- Salidas nocturnas: A esta variable se la suele relacionar con la facilidad de acceder a las sustancias en el ambiente nocturno y el uso de drogas. No obstante, hay estudios realizados en donde explican que no existe un claro paralelismo entre esta variable y el uso de drogas (Becoña Iglesias, 2002).

En tercer y último lugar se encuentran los Factores FAMILIARES, los cuales están compuestos por las siguientes variables:

- Uso de drogas por parte de los padres y actitudes hacia su uso: En aquellas familias donde los padres utilizan abusivamente del alcohol y /o drogas ilegales, en presencia o no de sus hijos, y además son tolerantes al consumo para con estos o incentivan a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que estos abusen de las drogas y/o del alcohol en la adolescencia (Pettersen et al., 1995).
- Comunicación entre padres e hijos: Esta variable tiene gran importancia durante el período adolescente. Se entiende por comunicación al hecho de mantener una conversación fluida con los padres, tener la posibilidad de hablar de los problemas que los aquejan, entre otras cosas, en un ambiente lo más favorable posible para lograr un desarrollo saludable. Cuando la comunicación entre padres e hijos es deficiente o nula, podrían surgir diferentes problemas, tanto referidos a consumo de sustancias o de otra índole. Existen diversos estudios que coinciden en que la cohesión familiar es una variable paralela a la comunicación (Muñoz Rivas et al., 2000; Graña y Cruzado, 2000).
- Manejo de la familia: Estrategias inadecuadas para el manejo de la familia, incluyendo carencias de claras expectativas para con los adolescentes, fracaso o ineficiencia por parte de los padres en controlar a los hijos, como así también castigos excesivamente severo podría incrementar el riesgo de abuso de drogas. Por otra parte, se cree que si el niño ha nacido o se ha

criado dentro de un marco en donde sus padres han tenido problemas con el alcohol y/u otras drogas, el riesgo de que el adolescente también los atraviese se incrementa de manera considerable. (Pettersen et al., 1992).

- Disciplina familiar y estilos de crianza: Esta variable se asocia a los diferentes estilos educativos parentales que cada familia posee. Se cree que aquellos factores de riesgo que facilitan el consumo de drogas o al menos el inicio con las mismas son, ausencia de implicación por parte de la madre en la conducta de sus hijos, la inconsistencia en la disciplina paternal y bajas aspiraciones de los padres para con sus hijos. Diversos estudios han encontrado que es de gran importancia el papel que desempeña la madre en la crianza para poder entender el consumo o no de drogas en sus hijos (Baumrind, 1975, 1983) y que en función de los tipos de crianza que hayan recibido y estén recibiendo, aumentará o disminuirá el riesgo de que pruebe y consuma drogas (Muñoz Rivas, 2000; Graña y Cruzado, 2000).

Tabla 1: Factores relacionados con el consumo de marihuana durante la adolescencia.		
DIMENSIONES		
1. INDIVIDUAL	2. GRUPO DE PARES	3. FAMILIAR
a) Consumo precoz de marihuana.	a) Relación con personas consumidoras de marihuana.	a) Comunicación entre los padres y el adolescente.
b) Accesibilidad a la marihuana.	b) Relación con personas con actitudes y comportamientos favorables al consumo marihuana.	b) Normas familiares.
c) Habilidades de autocontrol.	c) Vida recreativa nocturna y el consumo de marihuana.	c) Consumo de marihuana por parte de los padres.
d) Preconceptos y valoración de las sustancias psicoactivas.		

Estos factores en su conjunto sirven de base para entender los orígenes de una adicción y se constituyen como puntos centrales en el diseño de programas de prevención y tratamiento de la patología.

A lo largo del tiempo se han desarrollado diversos modelos y teorías que explicarían el consumo de drogas, identificando aquellos factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de que un determinado individuo consuma drogas: son los factores de riesgo y protección (Becoña Iglesias, 1999, 2003) que se han desarrollado anteriormente. En general se observa un sesgo hacia el estudio de estos factores, ya que la mayoría de estudios son acerca de los determinantes de tipo intrapersonales e interpersonales, mientras que se estudian menos los factores ambientales. IREFREA⁶

⁶ Red de Profesionales en prevención de drogas - España

(2006) lleva desarrollando desde hace una década una línea de estudios centrados en el fenómeno de la diversión, la experiencia de los jóvenes españoles y europeos que salen a divertirse los fines de semana y la relación de todo ello con el consumo de drogas. En todos los estudios de IREFREA la información ha derivado hacia estrategias preventivas orientadas a la gestión del contexto desde distintas dimensiones sociales integradas, teniendo en cuenta la red que conforman los distintos entes socializadores (Calafat Far et al.; 2006). Los resultados de estos estudios indican que los hábitos recreativos de los jóvenes (implicación, motivación y contexto donde se desarrollan) resultan determinantes para comprender el uso y abuso de sustancias, incluso más relevantes que otros factores de riesgo clásicos intrapersonales e interpersonales como la familia, escuela, los pares (Calafat et al., 2004).

2.3 Marihuana, la droga de moda

La marihuana es la droga psicoactiva más consumida en todo el mundo (Moya García et al., 2006) y sobre de la que existe menor percepción de riesgo. El hecho de que haya un mayor número de consumidores de marihuana que de otras drogas ilegales es porque la percepción de riesgo, no solo en los adolescentes, sino en la población en general, ha disminuido considerablemente en relación a años anteriores (Gallo, 2010). Además la fácil disponibilidad y accesibilidad de la marihuana es alta y a un precio relativamente accesible.

Hay muchas explicaciones e hipótesis acerca del motivo de porqué algunas personas se involucran con las drogas y después progresan a abusarla. De acuerdo a la teoría y mirada en donde uno se posiciona encontrará respuestas. En primer lugar, una explicación señala una causa biológica, como tener un familiar abusador de droga o alcohol. Por otro lado, se podría decir que el abuso de drogas se asocia al tener un grupo de amigos que abusan de las drogas, lo que a su vez, expone a la personas a otras drogas. Finalmente, otra de las explicaciones que se asemejan a lo que está reflejado en la presente investigación es analizar y trabajar esta problemática teniendo en cuenta que los jóvenes que aumentan rápidamente su abuso de sustancias tienen niveles altos de factores de riesgo y niveles bajos de factores de protección (Wills et al., 1996).

2.3.1 Principales características

Es una planta dioica denominada Cannabis Sativa. Crece más fácilmente en zonas cálidas, existen variedades según la región (mexicana, índica, etc.). Todas las partes de la planta tienen cientos de cannabinoides que son principios activos, pero el componente activo más importante y responsable de los efectos psicoactivos, es decir el más psicotrópico y psicodisléptico es el Delta 9 tetrahidrocannabinol (Delta 9 THC). La concentración de éste en la marihuana caracteriza la potencialidad de la misma en cuanto a sus efectos. La concentración varía no solo según sea la parte de la planta considerada (el haschich es el más rico en Delta 9 THC) sino su sexo, edad y variante adaptativa⁷. La resina de las plantas de cannabis es la principal fuente de principios activos de la acción psicoactiva. Las brácteas glandulares de las hojas y de las terminaciones de los tallos

⁷ Berro Rovira G., 2014.

exudan una resina pegajosa que cubre las flores y hojas adyacentes; la planta hembra segrega más resina que la macho, así también como segregan más las plantas cultivadas en climas cálidos y secos. La marihuana es el término por el que se conoce la preparación seca y triturada de flores, hojas y pequeños tallos. Generalmente se fuma sola en forma de cigarrillos o mezclada con tabaco. En cambio, el hachís es un término árabe que hace referencia a un exudado resinoso, labor concentrada de las partes más ricas de la planta, que una vez prensada, se presentan en forma de pastillas para su consumo; se deshace al calor y se fuma mezclada con tabaco (Cami, 1998).

2.3.2 Inicio de consumo

La edad de inicio del consumo de marihuana se considera un factor determinante en la aparición y gravedad de las consecuencias negativas que acarrea su consumo. De esta manera, los problemas y trastornos serán más graves y pronunciados entre aquellos que inician el consumo en la infancia, ya que el cannabis provoca cambios neurobiológicos durante determinados períodos del desarrollo del cerebro (Ehrenreich et al., 1999; Pistis et al., 2004).

El inicio precoz del consumo aumenta el riesgo de consumo problemático, y puede dar alteraciones cognitivas, psicológicas y sociales en un futuro (Berro Rovira, 2014).

Según estudios realizados en Estados Unidos como la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y Salud, indica que niños de 12 y 13 años ya están abusando de las drogas, lo que probablemente significa que algunos comienzan a edades aún más tempranas. El consumo precoz, generalmente, incluye alcohol, tabaco, marihuana, medicamentos

prescritos por un profesional y/o inhalantes. Los estudios también han demostrado que el abuso precoz de drogas está asociado a un mayor involucramiento con las drogas en la adolescencia y adultez (INAD, 2004).

2.3.3 Marihuana, ¿La “puerta de entrada” a otras drogas?

Se trata de un tema controvertido, actual y de gran preocupación, ya que se piensa que el consumo de marihuana podría preceder al uso de sustancias más potentes y peligrosas.

Hay una asociación elevada y significativa entre el uso de marihuana y el consumo de tabaco y/o alcohol y otras drogas ilegales. Esto llevó a los científicos a investigar si el cannabis puede actuar como droga facilitadora o inductora del consumo de otras sustancias ilegales. Esta teoría se denomina “puerta de entrada” (Von Sydow et al., 2001; Fergusson y Horwood, 2000; Degenhardt, 2001).

Los resultados que se han obtenido en relación a esta teoría han sido los siguientes:

- Gran parte de los adolescentes que han probado cocaína y heroína, lo han hecho previamente de consumir alcohol, tabaco y cannabis.
- Los consumidores regulares de marihuana tienen mayores probabilidades de consumir heroína y cocaína.
- Cuanto más temprano es el inicio de consumo de marihuana, mayor es el riesgo de consumir otras drogas ilegales.

No se puede negar que existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales en consumidores de marihuana respecto a los que no consumen. Stenbacka et al. (1993, p. 87) han realizado un estudio para evaluar este tema y los resultados dejaron en evidencia que el consumo de cannabis puede ser una *escalada* para el abuso de drogas más duras. Sin embargo, se deben tener en cuenta otras variables a parte de lo que es el propio consumo de la sustancia en sí.

2.3.4 Formas de consumo y absorción

El cannabis habitualmente se fuma (vía intrapulmonar), ya que es la vía de consumo más eficiente. Del total de THC contenido en un cigarrillo, entre un 10-30% llega a la sangre y a los pulmones, un 30% se destruye por la combustión y un 50% se diluye en el aire, lo que indicaría que la potencia del cigarrillo, el número y profundidad de caladas, va a generar en el organismos diversos efectos. El THC se detecta en la sangre entre uno y dos minutos después de la primera calada. Los efectos se inician entre segundos y minutos después de haber consumido la sustancia y persisten hasta 2-3 horas. Otra forma de administración es por vía oral a través de aceites, pasteles, infusiones. En este caso la absorción es lenta y errática; el inicio de los efectos se da entre media hora y dos horas tras la administración, pudiendo hasta durar unas seis horas. El tiempo de absorción del THC es más lento, ya que la presencia de comida retrasa la absorción del THC (Grotenhermen, 2003; Huestis, 2005).

2.3.5 Efectos del consumo

Los estudios científicos demuestran que el consumo no es inocuo, dando como consecuencia efectos diversos. Se podrían diferenciar entre efectos agudos y crónicos. Los efectos se evidencian sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), los cuales son los más relevantes ya que constituyen la base de su abuso y se asocian a algunas complicaciones más frecuentes tras el consumo agudo y crónico. Por otro lado, los efectos crónicos afectan a la vida cotidiana de la persona, por lo que muchas veces les impide realizar tareas y actividades que anteriormente realizaban con normalidad. También afecta la esfera cognitiva, social, psicomotora, anímica.

2.3.5.1 Efectos Agudos

Los efectos agudos del cannabis son variables, en el sentido que va a depender de la personalidad, de la dosis y forma administrada, del contenido de THC, de la proporción THC/CBD⁸, de las expectativas y experiencia previa del sujeto y, por último, del contexto en que se consume (Camí y Cols, 1991).

El consumo de marihuana produce un efecto bifásico. Esto quiere decir que tras una fase inicial de estimulación (ansiedad, euforia, bienestar, aumento de la percepción), le sigue una fase donde predomina la sedación (sueño, somnolencia, relajación). Se produce una ligera distorsión del tiempo y espacio, agudización de las percepciones visuales, táctiles y auditivas. También puede aparecer la risa fácil, locuacidad y aumento del apetito. Se altera la memoria reciente, hay dificultad de concentración y disminución de la atención e incoordinación motora (Ashton, 2001; Abanades et al. 2005).

⁸ CBD: Compuesto cannabidol. Provoca efectos sedantes y ansiolíticos.

Cuando las dosis administradas son elevadas o el sujeto que consume es inexperto, puede aparecer ansiedad, disforia, síntomas paranoides y/o pánico. La intoxicación aguda de marihuana puede generar un episodio psicótico agudo que se caracteriza por alucinaciones, ideas delirantes, confusión, ansiedad, amnesia y agitación. Estos efectos desaparecen unas pocas horas después de manera instantánea a medida que el THC se elimina del organismo (Moya García et al., 2006). A continuación se detallaran los efectos agudos más relevantes:

1. Efectos Cognitivos

El consumo agudo de marihuana altera la capacidad cognitiva (atención, memoria, percepción, resolución de problemas) y el rendimiento psicomotor. Suárez Richards (2006) expone los siguientes: la concentración y percepción se encuentran disminuidas, se distorsiona la percepción del tiempo (parece que pasa más lentamente), se alteran los reflejos, se reduce la visión periférica y los movimientos de los ojos son más lentos. Deteriora el desempeño cognitivo y altera el aprendizaje (Guido Berro Rovira, 2014). Además, se produce un enlentecimiento en la velocidad de reacción, alteración de la memoria a corto plazo, incoordinación motora, dificultades de concentración. Existen estudios que demuestran un mayor riesgo de colisiones, generando lesiones y muertes en las personas que conducen bajo los efectos de la marihuana (Blows et al., 2005; Laumon et al, 2005).

2. Efectos sobre el sistema respiratorio

El THC produce disminución en la resistencia de las vías aéreas y broncodilatación. El consumo crónico de marihuana fumada podría producir bronquitis y enfisema, así también incrementa el riesgo de carcinoma pulmonar. Además se describen efectos broncodilatadores a veces precedidos de bronco constricción y efectos perjudiciales semejantes al tabaco (Ashton, 2001).

3. Efectos cardiovasculares

El consumo de un cigarrillo de marihuana genera un aumento de entre el 20-50% en la frecuencia cardíaca. Si la persona que fuma se levanta rápidamente puede generarle sensación de mareo, hipotensión e incluso pérdida de conocimiento. Incrementa el gasto cardíaco y disminuye la tolerancia al ejercicio. Si la persona sufre alguna patología cardiovascular, estos efectos significarán mayores riesgos. (Sidney, 2002).

4. Efectos oculares

La marihuana produce un enrojecimiento conjuntival como consecuencia de la vasodilatación y de la esclerótica. Este efecto se puede visualizar instantáneamente durante y después del consumo y no tiene relación con el efecto irritativo del humo. Además se observa la caída del párpado (ptosis palpebral), reducción en la producción de lágrimas, dificultades y disminución del reflejo pupilar a la luz (Hollister, 1986).

5. Efectos sobre el sistema inmunológico.

Aunque es un campo en donde no hay demasiada información ni investigación y donde hay diversas posturas, se podría decir que, según lo que se ha investigado, el THC puede ejercer efectos inmunomoduladores con acciones inhibitoras o estimulantes, siempre y cuando se tenga en cuenta la dosis utilizada y el tipo de sistema celular implicado. En consumidores recreativos de marihuana se observó una disminución de la inmunidad celular (Pacifci y cols, 2003).

6. Efectos sobre el sistema endócrino y la conducta sexual

Se han publicado diversos estudios en relación a los efectos de la marihuana sobre las funciones endocrinológicas; hasta el momento presente, los resultados son contrapuestos e impiden elaborar conclusiones definitivas. Lo que sí se sabe es que el cannabis puede estimular el apetito. Por otra parte y en cuando a la sexualidad, se podría decir que THC disminuye la secreción de hormonas sexuales. En lo referente al hombre, se produce una reducción de testosterona y del número y motilidad de los espermatozoides. En lo referente a la mujer, el consumo de cannabis produce una reducción del ciclo menstrual, niveles elevados de prolactina⁹ y niveles menores de andrógeno. Dicho esto, aunque no está demostrado definitivamente, el THC podría reducir la fertilidad (Brown y Dobs, 2002).

En la actividad sexual interaccionan tanto los factores psicológicos y sociales como los factores farmacológicos y, en este sentido, es posible que dosis moderadas de cannabis en las personas incrementen el interés sexual por causa de su acción

⁹ Prolactina: Es una hormona peptídica segregada por células lactotropas de la parte anterior de la hipófisis, la adenohipófisis, que estimula la producción de leche en las glándulas mamarias y la síntesis de progesterona en el cuerpo lúteo.

desinhibidora, al igual que sucede con el alcohol. Por otro lado, dosis elevadas de marihuana puede disminuir el interés sexual. (Cami, 1998).

7. Efectos durante el embarazo

Al igual que otras drogas, el consumo de marihuana durante este período incrementa el riesgo para la madre, el feto y el neonato. Una de las consecuencias es que el peso del bebe al nacer es menor. Por otro lado, el THC atraviesa la barrera placentaria y se acumula en la leche materna, no recomendándose la lactancia materna (House of Lords, 1998). Berro Rovira (2014) concuerda con el planteamiento anterior, y agrega que el consumo intenso materno durante el embarazo genera un bajo rendimiento cognitivo y alteraciones conductuales en niños y adolescentes.

8. Sueño

En relación al sueño, el THC induce el sueño debido al aumento de melatonina y altera el patrón sueño-vigilia (Moya García et al., 2006).

9. Efectos sobre la conducta alimentaria

En cuanto a los efectos sobre la conducta alimentaria, se podría decir que la marihuana produce un aumento del apetito entre 1-3 horas tras su consumo. Sin embargo, el consumo continuado de cannabis produce cierta disminución de este efecto (Moya García et al., 2006).

2.3.5.2 Efectos Crónicos

Se cree importante aclarar que, usualmente el consumo de marihuana suele realizarse en forma conjunta con otras sustancias, y precisamente este patrón de policonsumo es lo que dificulta visualizar con claridad los efectos directos de la marihuana.

1. Efectos cognitivos y rendimiento psicomotor

El uso reiterado, diario y durante períodos prolongados de marihuana puede producir deficiencias en la atención, en la memoria, la capacidad psicomotora, y la velocidad del procesamiento de la información (Iversen, 2003). Un trabajo realizado por un grupo internacional de científicos liderado por Meier (2013), de la Universidad de Duke, ha realizado un estudio donde dio por resultado que el uso persistente de marihuana durante la adolescencia daña de forma duradera la inteligencia, la memoria y la capacidad de atención.

Estas alteraciones psicológicas, que han sido observadas en consumidores crónicos de marihuana mediante estudios de neuroimagen, se relacionan con cambios funcionales, del flujo sanguíneo y metabólico en regiones prefrontales y cerebrales (Pope y cols, 1995; Rogers y cols, 2001; Verdejo García y cols, 2004; Lundqvist, 2005).

2. Rendimiento escolar y marihuana

Se han realizado muchos estudios intentando determinar si el uso de drogas por parte de los adolescentes influye en el rendimiento académico. Se pudo observar que hay una asociación entre el uso de marihuana y la obtención de un nivel de estudios más bajo

en comparación con aquellos que no consumían; la asociación fue mayor en el caso de un inicio temprano de consumo -15 años- (Macleod et al., 2004).

Sumado a esto, existe un mayor riesgo de abandono de los estudios, de fracaso en el ingreso a la universidad y de finalizar los estudios universitarios (Fergusson et al., 2003). El uso crónico lleva a un deterioro escolar responsable de los fracasos y la repetición, especialmente de la escolaridad secundaria. (Byrne 2004).

Es evidente que en todos los estudios sobre la relación entre el consumo de marihuana y los problemas académicos subyacentes, los resultados concuerdan en todos los puntos. Estos pueden resumirse en que el incremento del consumo de cannabis en el periodo académico de asocia a menor satisfacción, notas peores, actitudes negativas hacia la escuela, un aumento del absentismo, un pobre rendimiento escolar, y una mayor prevalencia de abandono de los estudios.

3. Marihuana y Trastornos mentales

Uno de los temas más candentes y controvertidos es la relación que existe entre el consumo de cannabis y la psicosis, debido a la elevada prevalencia del consumo de cannabis y a la gravedad clínica propia de la psicosis. Sin embargo, de acuerdo a investigaciones y conocimientos que se tiene del tema, según Moya García et al. (2006) se podrían afirmar lo siguiente:

- La intoxicación aguda por cannabis puede producir síntomas psicóticos, como lo son la despersonalización, sensación de pérdida de control, ideas paranoides.
- El consumo de cannabis puede generar psicosis inducidas, de corta duración y que ceden con la abstinencia.

- El consumo de cannabis es muy frecuente en sujetos con trastornos mentales graves.

Sin embargo, puesto que no todos los sujetos con psicosis han estado expuestos al cannabis y no todos los consumidores de marihuana desarrollan psicosis, se podría afirmar que el cannabis no es una causa necesaria ni suficiente, sino que actúa sobre otros factores para tener una influencia causal sobre el riesgo de psicosis (Degenhardt y Hall, 2002; Degenhardt et al., 2003b). Estudios sugieren que el factor con el que el cannabis puede combinarse para ejercer influencia en el desarrollo de una psicosis es la vulnerabilidad genética del individuo para la psicosis (McGuire et al., 1995).

Puede suceder que progrese la adicción conjuntamente con otro trastorno psiquiátrico, lo que hoy se conoce como patología dual (Berro Rovira, 2014).

Por otro lado, los trastornos de ansiedad junto con los depresivos, son las complicaciones psiquiátricas más frecuentes asociadas al consumo de cannabis; puede ir acompañado de ideas paranoides las cuales son desencadenadas a causa de la sintomatología ansiosa (Thomas, 1996). No se puede descartar que la asociación entre marihuana y depresión sea debida a múltiples factores, como por ejemplo a factores sociales, familiares, ambientales y personales, y no solo al consumo reiterado de marihuana (Degenhardt et al., 2003).

El consumo prolongado de dosis elevadas de THC puede conducir a un estado de pasividad e indiferencia, lo cual se denomina síndrome amotivacional, el cual se caracteriza por un deterioro en la personalidad del sujeto, desinterés, indiferencia, apatía,

hipo o apragmatismo, astenia o cansancio, alteraciones emocionales, se deterioran relaciones con la familia, amigos, actividades sociales y curriculares (Campbell, 1976; Thomas, 1993).

Como es sabido en los últimos años se evidencia una percepción de riesgo menor especialmente entre los adolescentes, por lo tanto, esto lleva a un aumento del número de consumidores. Para tener una mayor claridad acerca del grado de implicancia del sujeto con la sustancia, es necesario saber diferenciar los tipos de consumo y sus características.

2.3.6 Uso, Abuso y Dependencia: Continuum de consumo

Estos tres conceptos, comúnmente son confundidos, a pesar de ser etimológicamente diferentes entre ellos. Martínez Llanas (2007) los define de la siguiente manera:

- **Uso:** Se entiende por uso a aquel tipo de relación con la sustancia en donde no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno. Así mismo su frecuencia de consumo, cantidad de consumo y situación física, social y psíquica no le son problemáticas para el sujeto.
- **Abuso:** Se entiende por abuso a aquellas situaciones donde el consumo repetido de la sustancia induce daños en las esferas afectivas, somáticas, psicológicas y/o sociales, ya sea para sí mismo, para su entorno más cercano y para la sociedad. El consumo reiterado impacta sobre las relaciones sociales, familiares y podría existir una dificultad a nivel de la vida socio-profesional.

- **Dependencia:** Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (1981), la dependencia “es el síndrome por el cual el consumo de un producto deviene como una exigencia superior a aquéllas de otros comportamientos que previamente tuvieron una importancia mayor”. El consumo de drogas, que en un principio comenzó como algo esporádico, pasa a convertirse en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Éste dedicará gran parte de su tiempo en pensar en el consumo de la sustancia, en comprarla, en buscarla, a recuperarse de sus efectos, etc.

El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones:

- ❖ Dependencia física: Se refiere a un estado de adaptación biológica a los tóxicos. El organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, por lo tanto necesita de ella para mantener un determinado nivel de sangre para funcionar con normalidad. Cuando el sujeto se encuentra en estado de carencia o falta de la sustancia aparece lo que se denomina “Síndrome de abstinencia”, el cual es manifestado por temblores, hipertensión, taquicardia, sudores, insomnio, calambres, crisis convulsivas, agitación, ansiedad, irascibilidad.

La dependencia física es superada tras un período de desintoxicación que, dependiendo de cada sustancia, puede prolongarse como máximo durante 15 días.

Siguiendo a Martínez Llanas (2007) menciona otro concepto relacionado a la dependencia física que es el concepto de “Tolerancia”. Este concepto hace referencia a que en los primeros consumos, la sustancia afecta notablemente al sujeto aunque sean

dosis muy bajas. Sin embargo si el consumo se hace habitual, el organismo se va a adaptando al tóxico como medida de protección y cada vez necesita consumir más cantidad de dosis que la vez anterior para lograr el mismo efecto.

- ❖ Dependencia psíquica: Hace referencia a la compulsión por consumir constantemente la sustancia, cualquiera que esta sea, para experimentar un estado agradable, ya sea placer, euforia, bienestar, etc.) o librarse de un estado desagradable (estrés, aburrimiento, timidez, etc.).

La dependencia psíquica está ligada al recuerdo del placer: según la Organización Mundial de la Salud (1964): “Estado en el cual una droga produce un sentimiento de satisfacción y una pulsión psíquica exige la administración periódica o continua de droga para provocar el placer o evitar el malestar”.

Según el pensamiento de Martínez Llanas (2007) es más difícil superar la dependencia psíquica que la física, ya que el sujeto debe introducir cambios en lo referente a lo conductual y a lo emocional en donde pueda funcionar psíquicamente sin necesidad de recurrir a las drogas.

No hay una definición o conceptualización unívoca acerca de la droga ni del consumo. Por su parte, Becoña Iglesias (2002) entiende por:

Uso de droga: el consumo de una sustancia que no produce consecuencias en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica.

En tanto considera al *abuso* cuando hay un uso continuado de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas derivadas de la misma.

La Organización Mundial de la Salud define lo siguiente (Becoña Iglesias, 2002):

Droga: “Toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más funciones de éste” (p. 19).

Droga de abuso: “Cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o en funcionamiento cerebral” (p.19).

Drogodependencia: “estado de intoxicación periódica o crónica producido por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizada por:

- 1- Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio,
- 2- Tendencia a incrementar la dosis,
- 3- Dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga,
- 4- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad” (p. 21)

Además de esta definición de la OMS de la drogodependiente, existe una más reciente (2010):

“El uso repetido de una sustancia o sustancias psicoactivas, en la medida que el usuario (denominado adicto) está periódica o crónicamente intoxicado, muestra una compulsión a tomar la sustancia preferida (o sustancias), tiene grandes dificultades para voluntariamente interrumpir o modificar el uso de sustancias. Por lo general la tolerancia es prominente y un síndrome de abstinencia frecuentemente ocurre cuando el consumo de sustancia se interrumpe. La vida del adicto puede ser dominada por el consumo de sustancia a la virtual expulsión de todas las demás actividades y posibilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el uso de dichas sustancias tienen un efecto perjudicial en la sociedad, así como también a los particulares” (p. 1).

Otro concepto relevante es el de *potencial adictivo de una droga* (Medina Mora, 1994) entendiendo por el mismo la propensión que tiene la sustancia de producir dependencia en aquellos sujetos que la usan.

Una persona no comienza a consumir de manera abusiva sustancias ilegales/legales de un día para el otro, y menos aún se convierte en adicto a las mismas. El proceso es más complejo y lento. A continuación se detallaran las fases que Becoña Iglesias (2002) considera más relevantes del continuum de consumo.

En primer lugar, se encuentra a *fase previa o de predisposición*. Hace referencia a toda una serie de factores que incrementan o disminuyen la probabilidad del consumo, estos factores son los llamados factores de riesgo y de protección. Son factores antecedentes al consumo y pueden ser de tipo individual, sociales, familiares, comunitarios, del grupo de pares, entre otros.

En segundo lugar se encuentra la *fase de conocimiento*, que es cuando el sujeto tiene el conocimiento real de la sustancia. Su contacto y conocimiento va a depender de diversas variables, las cuales podrían ser la disponibilidad, el interés que surja del sujeto por ellas, si los familiares y/o grupo de pares lo inducen al consumo.

En tercer lugar, la *fase evolutiva* guarda relación con el conocimiento y la posterior prueba de la sustancia. Como se mencionó anteriormente, hay ciertas edades determinantes para el inicio del consumo (adolescencia) aunque esta variable no es la única, es por esto que es necesario conocer los factores de riesgo y protección más significativos presentes en el sujeto. Conforme la persona va avanzando en edad y en deseo de autonomía, el conocimiento de las drogas no solo será pasivo, sino que pasará a ser activo; y el hecho de que el adolescente comience a salir sin sus padres, a relacionarse con más frecuencia con el grupo de amigos, encontrar facilidad para el consumo de distintas drogas, va a favorecer el deseo de conocer sus efectos psicoactivos. En este contexto es normal que en muchos casos ocurra la prueba. La fase de conocimiento puede llevar a la experimentación e inicio al consumo de sustancias psicoactivas o, de lo contrario, seguir sin consumir. Conocer adecuadamente los factores de riesgo y de protección y la etapa evolutiva de la persona es de gran relevancia.

En cuarto lugar, la *fase de consolidación del consumo de una sustancia (dependencia)* es cuando se da el paso del uso al abuso y a la dependencia. Unas de las razones por las cuales el sujeto va a mantener el consumo de la sustancia son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo y los factores de riesgo y de protección que posean. En función de estas dos variables, la persona seguirá o no consumiendo.

En quinto lugar, se encuentra la *fase de abandono o mantenimiento*. Cualquier conducta discurre a lo largo de un continuo temporal. La persona, de acuerdo a la complejidad y el avance de la problemática, puede mantener el consumo a lo largo del tiempo o abandonarlo. El tratamiento para que la persona deje de consumir cobra aquí su máxima importancia para conseguir la abstinencia y el mantenimiento de la misma a largo plazo. Existen muchas causas por las cuales un sujeto decide abandonar el consumo, estas pueden ser externas, como por ejemplo, presión familiar, social, legal, sanitaria, etc. o internas, como por ejemplo problemas físicos, psíquicos, familiares, sociales, afectivos, entre otros.

La última fase, que puede suceder o no, es la de *recaída*. La adicción consolidada (dependencia) se considera una conducta aprendida difícil de extinguir. El abandono de la sustancia lleva un proceso largo y con frecuentes recaídas.

Por su parte la UNESCO establece que existen diversas formas de consumo de drogas, las cuales son las siguientes:

- *Experimental*: es un consumo practicado en un tiempo muy limitado, en el cual la sustancia puede ser probada una o varias veces. El tipo de droga consumida es

casi indiscriminada, siendo mayormente ofrecida por compañeros, amigos, otros. Es el momento inicial a todas las drogas. El sujeto puede quedar e esta fase o avanzar convirtiéndose el uso en abuso.

- *Ocasional*: es un consumo discontinuo cuya finalidad principal es la desinhibición personal para lograr integración grupal; puede ser motivada también con el propósito de llegar a un determinado fin. En el consumo se discrimina tipo de droga a consumir y lugar a donde hacerlo.
- *Habitual*: se presenta diariamente y con un doble objetivo, por un lado, aliviar el malestar orgánico y psicológico de la persona y por otro lado, mantener un rendimiento. La persona invierte gran parte de su tiempo pensando en la droga y como puede conseguirla, el cual genera consecuencias sociales. Esta etapa es la que otros autores denominan drogodependencia o adicción.
- *Compulsivo*: es un consumo que se realiza varias veces al día acompañado de un importante trastorno de la personalidad.

2.4 Adolescencia y consumo

Las investigaciones demuestran que los períodos claves de riesgo para el abuso de drogas son durante las transiciones mayores en la vida de los niños/adolescentes. La primera transición importante para el niño es cuando comienza la escuela, con todo lo que esto conlleva, lo cual podría explicar el consumo de sustancias a edades tan tempranas.

Luego cuando pasa de la primaria a la secundaria, lo cual lleva a experimentar situaciones personales, académicas y sociales nuevas.

Cuando comienzan la secundaria los adolescentes deben confrontar desafíos emocionales, sociales y académicos que les son desconocidos. En esta etapa ellos buscan, entre otras cosas, diferenciarse de la familia, la salida a la exogamia, lo que los podría llevar a interactuar y relacionarse con personas que consuman droga, o se podrían ver envueltos en una situación que involucre la droga. Estos desafíos y situaciones pueden aumentar el riesgo de que abusen del alcohol, del tabaco y de otras sustancias. Es por todo esto que en la adolescencia temprana y media está el mayor riesgo a que el sujeto experimente el consumo de drogas (INAD, 2004).

Desde el punto de vista psicoanalítico, se podría decir que la adolescencia ha sido caracterizada principalmente como un período de duelos, es por esto la necesidad de otorgarle importancia a la reactualización de la conflictiva edípica, en donde la posibilidad biológica de la genitalidad y la reproducción es posible de ser actuado en el mundo real. Es una etapa en donde el deseo y la prohibición interacciones constantemente y experimentan situaciones antes no conocidas (Rojas y Sternbach 1997). Según Fernández Mouján (2004) la adolescencia es un período de la vida limitando tanto social, biológico y psicológico; limitado porque está centrado en los duelos y en la resistencia a esos cambios. Los duelos en esta etapa se hacen por pérdidas en tres áreas especializadas: cuerpo, mente y ambiente; y en tres tiempos: pasado, presente y futuro. Los mecanismos utilizados para la elaboración del duelo son distintos y dependen de cada sujeto y de la situación ambiental particular.

Según Dinerstein (2005) la adolescencia se puede describir como un “pasaje” en donde el adolescente se encuentra entre medio del niño que juega y del adulto que trabaja. En esta etapa el adolescente está en un “tiempo de ensayo”. Es esta necesidad de *ensayar* lo que explica la frecuencia con que se enfrentan a situaciones de riesgo. Algunas veces el adolescente se ve precipitado a actuar de una determinada manera sin contar todavía con los recursos necesarios, sin darse el tiempo para que sus actos sean inscriptos en circuitos simbólicos, lo cual supone un tiempo de preparación, una espera, algo que la exigencia pulsional/corporal no soporta. La angustia muchas veces se presenta con la exigencia de una resolución inmediata y es lo que lo lleva a actuar; de este punto de vista se podrían explicar situaciones comunes como un embarazo no buscado, consumo experimental de drogas, accidentes, situaciones de violencia, entre otras.

En relación a la tolerancia social de la marihuana, en una investigación publicada por UNICEF ¹⁰ se recabaron datos proporcionados por los adolescentes y padres en donde la gravedad del consumo de marihuana es mayor que el consumo de alcohol por parte de los jóvenes. La tolerancia social para con el alcohol es muy baja, su ingesta está menos censurada, ya que se asocia con tiempo libre, diversión, ocio. Caso contrario sucede con la marihuana, la adicción a las drogas está percibida como más riesgosa y es atribuida a situaciones de malestar y desequilibrio (Dinerstein, 2005).

Henry Lehalle (1986) plantea que el tema de los roles y posición de los adolescentes en la sociedad se puede observar desde dos aspectos, uno de ellos es la interpretación social, y un segundo aspecto es más directamente genético. El autor plantea que los adolescentes, a medida que van creciendo, tienen que enfrentarse a situaciones

¹⁰ Título de la encuesta: “¿Qué piensan los jóvenes respecto de la familia, escuela, sociedad, sus pares, violencia y adicciones?”

sociales en las que la posición y los roles son ambiguos y mal definidos, estos van cambiando constantemente por lo cual el sujeto debe aprender nuevos roles. De esta manera, los roles y posiciones difícilmente se pueden considerar como representaciones invariantes, de hecho la posición social de los adolescentes no conduce roles bien definidos y muchas veces las situaciones por las que atraviesa son contradictorias, por esto es que algunas veces se considerará al adolescente como un adulto el cual debe actuar con responsabilidad, mientras que a la vez se lo considerará como un niño incapaz de tomar decisiones limitando su independencia. Es conveniente mencionar el desfase que hay entre la madurez fisiológica o cognitiva y la integración social o profesional. Elder (1975) distingue dos tipos de cambios de roles. En primer lugar habría cambios en el interior mismo de los roles; por ejemplo, el de “chica”- “chico”- “alumno” se modifican en el momento de la adolescencia. En este sentido, las demandas ya no son las mismas y consecuentemente los roles tienden a modificarse. En segundo lugar, existe también la necesidad de adaptarse a nuevos roles, por ejemplo en lo que se refiere a la inserción laboral y profesional. Esta adaptación a nuevos roles va a depender de los viejos roles.

Por su parte Thomas (1968) subraya las dificultades psicológicas ligadas a estos cambios de roles o internas en los mismo roles. En primer lugar, los *conflictos de roles* se refiere al hecho de que el individuo debe desempeñar, de acuerdo a las situaciones sociales, roles contradictorios ya que se espera de él comportamientos diferentes. Puede haber también conflictos en el mismo rol, por ejemplo aquellos adolescentes que logran independizarse de algunos aspectos pero siguen dependiendo de la familia en otros aspectos. Evidentemente el sujeto no puede evitar estos conflictos. En segundo lugar se encuentra la *discontinuidad de los roles* (nuevos) que es una fuente de dificultad cuando

no hay un puente entre ambos estados, o cuando el segundo estado supone algo no aprendido. En último lugar, cuando hay *incongruencia* en los roles el adolescente puede atribuirse roles que no le corresponden desde el punto de vista de sus intereses o motivaciones personales, por ejemplo cuando los padres tienen expectativas demasiado altas o distintas del adolescente.

Hay que destacar que la conformación de los roles y posiciones se produce por *interacciones*: no hay un modelaje simple precedente del exterior ni únicamente aprendizaje social, sino que la interacción misma provoca fenómenos específicos. Baumrid (1975) desarrolla el concepto de “*apropiación recíproca de roles*” para explicar el fenómeno de que ciertas actitudes o roles presentes en una familia producen, a veces, efectos indirectos o inversos en relación al mismo rol.

2.4.1 Fases de la adolescencia

En el período adolescente se pueden distinguir tres fases: adolescencia inicial, adolescencia media o propiamente dicha y adolescencia tardía.

2.4.1.1 Adolescencia inicial o Pubertad

El término pubertad significa primera fase de la adolescencia, es el paso de la infancia a la edad adulta, donde se producen modificaciones que aluden especialmente a los cambios corporales. Esta fase abarca el período comprendido entre los 11 y 12 años para las mujeres y los 12 y 13 años para los varones. A diferencia de la adolescencia

propriadamente dicha, la pubertad denota los cambios morfológicos y fisiológicos propios de la maduración sexual, mientras que la otra se enfoca más a las modificaciones psicológicas que conlleva la aparición de la pubertad (Blos, 1962).

El desarrollo corporal, que ya venía incrementándose en la preadolescencia, es alterado por la brusca transformación del organismo infantil, que demanda una profunda reorganización de la personalidad. Se produce la definitiva diferenciación entre los sexos, con la aparición de los caracteres sexuales primarios y secundarios. El otro sexo, en general, es vivido como “desconocido”, “peligroso” en su modo de actuar y de ser. Por lo tanto, se relacionan en mayor medida con sujetos del mismo sexo, constituyendo grupos de pares unisexuales (Millán, Wainsztein, 2000).

Freud (1905) considera que con el advenimiento de la pubertad surgen cambios, los cuales permiten que la vida sexual infantil logre su confirmación normal definitiva. Ésta, a diferencia de lo que sucede en la adolescencia, es autoerótica, la cual supone una relación con el cuerpo propio que excluye la relación al otro y su participación en las prácticas sexuales. La pulsión sexual que antes se relacionaba con partes del cuerpo propio encuentra su objeto en el cuerpo del semejante. Asimismo surge una nueva meta sexual, ya que las zonas erógenas se subordinan al primado de la zona genital.

Por otra parte, uno de los fenómenos más comunes en la vida de todo individuo son los duelos. Su importancia radica en la redefinición que aporta a los procesos de desarrollo: aparece ante cualquier pérdida (real o fantaseada) y provoca una reconfiguración objetal. Su elaboración (reconstrucción) se basa en las posibilidades del sujeto ante el cambio, y este cambio únicamente tiene lugar sólo si el sujeto está decidido internamente a renunciar a la estructura que hasta ese momento le dio una relación más o

menos estable. La elaboración de duelos es lo que le permitirá “pegar el salto” y dejar la vieja estructura al descubrir nuevas formas de adquirir homeostasis (Millán; Wainsztein, 2000). Fernández Mouján (1968) plantea que el período adolescente es por sí misma una etapa de duelo, ya que el sujeto tiene que abandonar aquellos objetos externos y adquirir nuevos, y además tiene que abandonar las identificaciones infantiles para adquirir nuevas que configurarán la identidad. También plantea que “el adolescente no sólo es sujeto de duelo, sino que también es objeto de duelo para los padres (...). Esto crea un campo de elaboración del duelo que excede al ámbito individual y ubica al proceso “adolescencia” como un fenómeno familiar y social” (p. 19).

La pubertad está comprendida por un duelo que la caracteriza y la diferencia de las otras dos fases. Este duelo es, según Aberastury (1970):

El duelo por el cuerpo infantil: En virtud de las modificaciones biológicas características de esta etapa, el sujeto se ve obligado a asistir pasivamente a toda una serie de modificaciones que operan en su propia estructura, creando un sentimiento de impotencia frente a esta realidad concreta. La transformación brusca corporal en la pubertad va acompañada de vivencias de pérdida del cuerpo infantil, se produce así un desfasaje entre el nuevo cuerpo y el esquema que tiene el mismo. Esta estructura dinámica en constante autoconstrucción y autodestrucción, logra en este período un punto álgido, ya que los cambios son inevitables y se tornan evidentes ante su percepción y la vivencia de los mismos.

Se producen modificaciones de las funciones y estructuras corporales que lo convierten, fisiológica y morfológicamente, es un cuerpo adulto. Estos cambios

corporales que experimenta el sujeto, según Ausubel y otros (1965), se pueden dividir en tres niveles:

Nivel 1: Activación de las hormonas gonadotróficas de la hipófisis anterior. Estas hormonas-estímulos desencadenan los cambios corporales y sexuales característicos de este período.

Nivel 2: -Producción de óvulos o de espermatozoides en las glándulas de reproducción.

- Incremento de las hormonas de la corteza suprarrenal.

Nivel 3: - Desarrollo de las características sexuales primarias.

- Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Estos cambios suscitan temores y deseos. Cuando el desarrollo es rápido y brusco surgen temores a ser un “gigante” o a ser un sujeto desproporcionado, a lo que comúnmente surgen deseos de pasar desapercibido frente a los demás. Por otro lado, los sujetos se angustian si ven demorado su crecimiento. El crecimiento corporal es asincrónico, es decir que las diferentes partes y subsistemas del cuerpo se desarrollan en momentos distintos y con ritmos distintos. Todos estos cambios bruscos y asincrónicos de su cuerpo demandan una reelaboración constante de su “esquema corporal”. Además, este crecimiento brusco del púber le provoca a éste una torpeza motora, por lo tanto se observa una disminución de la destreza muscular, oscila entre movimientos bruscos a los demasiado débiles y a su vez también carece de una coordinación apropiada. El púber siente a su cuerpo como algo extraño, ajeno y por consiguiente se angustia (Aberasturi y Knobel, 2010)

Entre los cambios corporales más importantes y significativos se encuentra la *maduración sexual*. En lo que respecta al varón, sus órganos sexuales alcanzan el tamaño y la forma de los de un adulto, lo cual posibilitan las primeras eyaculaciones que suelen producirse involuntariamente durante el dormir. La erectilidad del pene se vuelve cada vez más frecuente. En lo que respecta a la mujer, la maduración sexual es más temprana y la menarca (primera menstruación) es frecuente a los 12 o 13 años de edad. La menarca es símbolo de la condición femenina y conlleva una gran significación (Griffa y Moreno, 2005).

2.4.1.2 Adolescencia media o propiamente dicha

El término adolescencia proviene del latín *adolescens*¹¹ que significa hombre joven y deriva también de *adolescere* que significa crecer, parecer, sufrir. Esta fase comprende el período entre los 12 – 13 a los 16 años. Lo que caracteriza a este estadio es que es en donde se alcanza el acmé de la construcción identidad sexual y personal. El cuerpo va adquiriendo las proporciones adultas (Fernández Mouján, 2004).

Este período se caracteriza principalmente por vacilaciones, ambivalencias y contradicciones debido al predominio de fantasías de independencia que genera separaciones y uniones a nuevos grupos. Es un momento de búsqueda del sentido de la vida, de descubrimiento de valores y de preocupación ética (Griffa y Moreno, 2005).

¹¹ Coromimas, J. (1973).

Esta fase está comprendida por un duelo que la caracteriza y diferencia de las otras dos fases. Este duelo es, según Aberastury (1970):

El duelo por los padres de la infancia: El adolescente intenta pasar de la relación con los padres protectores de la infancia a la búsqueda de nuevos vínculos exogámicos, que le permita una mayor autonomía, aunque por momentos experimente nostalgia de la dependencia infantil. En relación a esto, Knobel y Rosenthal (2010) plantea que el sujeto experimenta impotencia frente a estos cambios de roles infantiles, por lo cual el adolescente recurre a un proceso de negación de estos, que concomitantemente se van operando en las figuras e imágenes correspondientes de los padres y los vínculos con ellos, quienes también deben elaborar la pérdida de la relación de sometimiento infantil de sus hijos, produciéndose una interacción de un doble duelo, que dificulta aún más este aspecto de la adolescencia.

Citando a Blos (1962), éste sostiene que los términos adolescencia y pubertad difieren, ya que en la pubertad prevalecen los cambios fisiológicos y morfológicos propios de la maduración sexual; mientras que en la adolescencia propiamente dicha prevalecen las modificaciones psicológicas.

Según Caravajal Corzo (1993), el fenómeno de la adolescencia es la etapa de mayor turbulencia del ciclo vital, por lo cual, se encuentra acompañada de cambios y crisis. La misma se puede analizar desde diferentes puntos de vista, y uno de ellos es la constante *búsqueda de identidad* por parte del adolescente, la cual es considerada una de las tareas de mayor dificultad para desarrollar y adquiere especial fuerza durante la adolescencia, en donde el sujeto no solamente intenta comprender el mundo que lo rodea, sino también comprenderse a sí mismo.

En cuanto a la familia, el sujeto experimenta un paulatino distanciamiento afectivo y físico para con ella y va dejando de ser el centro de su existencia. Esto se produce ya que el adolescente intenta de lograr una independencia respecto de sus padres, por eso son frecuentes las conductas de rebeldía frente a los padres como también a la autoridad en general (Caravajal Corzo, 1993). Citando a Dinerstein (2005) dice que el adolescente que vive con su familia comienza a realizar un trabajo que implica salir de la endogamia familiar hacia la exogamia: necesita transitar en lugares secundarizados como lo son un club deportivo, recitales, bares, escuela, etcétera; en este trabajo la función paterna cumple un rol fundamental, ya que si la función ha sido eficaz este pasaje estará propiciado.

En cuanto al grupo de pares, los adolescentes se adhieren firmemente a este y respecto del mismo muestra conformidad a sus normas y costumbres, a las exigencias de lealtad tanto a los miembros del grupo como a los líderes y a la “ideología” grupal. Predomina la orientación al sexo opuesto y, a diferencia de los púberes, éstos conforman grupos de heterosexuales de amigos (Meltzer y Harris, 1998).

2.4.1.3 Adolescencia final o Alta adolescencia

En última instancia, se encuentra la fase denominada “adolescencia final” o “alta adolescencia”. Comienza aproximadamente a los 16 años, pero su final es difícil de situar en el tiempo cronológico ya que va a depender de la cultura y de la época histórica en donde el sujeto se encuentre inmerso. Esta fase está comprendida por un duelo que la caracteriza y diferencia de las otras dos fases. Este duelo es, según Aberastury (1970):

Duelo por la identidad infantil: Duela su identidad infantil, ésta implica también un proceso de formación por el cual nos construimos como distintos entre aquellos a lo que nos asemejamos. Este proceso que se logra a través de identificaciones cursa en este momento la reverberación del complejo de Edipo.

Griffa y Moreno (2005) plantean que los dos logros de este período giran alrededor de la identidad y la capacidad de establecer vínculos de intimidad. En este período se recupera el equilibrio y la calma, prevaleciendo así, los sentimientos de afirmación positiva de sí mismo y de seguridad.

2.4.2 Grupo de pares

Para el adolescente, el grupo de pares es sumamente importante y cumple una función específica. El sujeto intenta distanciarse del compromiso familiar aun sin estar verdaderamente comprometidos ni ser reconocidos socialmente, es por eso que los grupos de amigos constituyen un medio de vida privilegiado, necesario para un desarrollo armonioso y cargado desde el punto de vista afectivo (Lehalle, 1986).

Desde el punto de vista psicoanalítico, se podría decir que los miembros del grupo atraviesan por un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno. A veces este proceso es tan intenso que la separación del grupo parece imposible y de este modo el sujeto pertenece más al grupo de amigos que al grupo familiar. Este fenómeno se ve reflejado cuando el adolescente se inclina a los dictados del grupo, ya sea en cuanto a modas, costumbres, preferencias, elección musical, vestimenta, entre otras cosas. En el grupo de pares el adolescente encuentra un reforzamiento muy

importante para los aspectos cambiantes del yo que se producen en este período de la vida (Meltzer y Harris, 1998; Knobel, 2010).

Knobel (2010) habla acerca de la tendencia grupal en los adolescentes y dice lo siguiente:

En su búsqueda de la identidad adolescente, el sujeto recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad, ya que brinda seguridad y estima personal. Las actuaciones del grupo y sus integrantes representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta de la del medio familiar. De esta manera, el fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental ya que se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura familiar y con los padres en especial. (...) Después de pasar por la experiencia grupal, el individuo podrá empezar a separarse de la “barra” y asumir su identidad adulta (p. 45-46).

Este autor plantea, además, que el fenómeno grupal facilita la conducta psicopática normal en el adolescente. Se observa, dos fenómenos: por un lado el acting-out motor, producto del descontrol frente a la pérdida del cuerpo infantil, y por otro lado el acting-out afectivo, producto del descontrol del rol infantil que se está perdiendo; con todo esto pueden aparecer conductas de irresponsabilidad, de crueldad, de desafecto y de indiferencia con el objeto. Sin embargo, la diferencia del adolescente con el psicópata, es que en el psicópata estas conductas son permanentes y cristalizadas, mientras que en el adolescente normal es circunstancial y transitorio.

Es muy común en nuestra sociedad que los niños al salir de la etapa de latencia encuentren la posibilidad, durante la pubertad, de formar un grupo de amigos de la misma

edad. Este hecho generalmente comienza con el grupo de amigos del mismo sexo, chicas o chicos; es por esto que Meltzer y Harris (1998) lo denomina “*grupo homosexual*”. Las funciones principales de este grupo son dos: en primer lugar, es la de crear un espacio en el mundo adolescente en donde el púber pueda ser libre; y en segundo lugar, que tenga la posibilidad de llevar adelante la experimentación de las relaciones humanas en este espacio libre. El pasaje al grupo homosexual es esencial para el desarrollo del individuo, para evitar el aislamiento o el apego a la familia. Poco después comienzan a aparecer en el grupo los traidores, son aquellos púberes que se hacen amigos del otro sexo. Estos traidores comienzan a salir del grupo homosexual y forman parejas por detrás del grupo. Es por esto que el grupo comienza a desintegrarse cuando los individuos, uno por uno, terminan incluyéndose en el “*grupo adolescente homosexual*”. Este fenómeno es lo que le da el surgimiento al verdadero grupo de pares de los adolescentes.

Según el pensamiento de Dinerstein (2005) los adolescentes, además de necesitar del grupo de pares, necesitan de la mirada y acompañamiento del adulto que reemplace la función ejercida por los padres, las cuales debe ser a modo de sostén, sin coerción, que limiten, que ordenen pero que también posibiliten.

Douvan y Adelson (1966) distinguen tres estadios en el curso del período adolescente. En la pubertad la actividad estaría centrada en las actividades comunes y no tanto en la interacción misma, hay poco énfasis en el intercambio mutuo a nivel de sentimientos. En la adolescencia media (14-16 años), las relaciones amistosas están basadas en una confianza recíproca, y la seguridad cobra aquí gran relevancia. Los autores piensan que las relaciones amistosas a esta edad son esencialmente de tipo especular, como si el adolescente tuviese la necesidad de un doble de sí mismo quien

también se encuentra enfrentado a la misma problemática de identificación. Además en esta edad surgen los primeros amores. En este sentido, la amistad constituye un medio por el cual el sujeto comparte las propias emociones con alguien de confianza. Por último, hacia los 17 años o más se produce un mayor énfasis en la diferencia interpersonal y merma la intensidad del lazo de amistad con un compañero del otro sexo.

Por otro lado, se encuentra Berndt (1982) quien plantea la semejanza que existe entre los amigos del grupo, semejanzas en tanto a tener la misma actitud hacia la escuela, los mismos gustos culturales (diversiones, modo de vestir, gustos musicales), generalmente también mantienen la misma tendencia a consumir alcohol o drogas. Lo que no se sabe con exactitud es si tal semejanza resulta de una influencia mutua o si se han elegido entre ellos por las similitudes que tienen en común, y si las diferencias entre ellos generan complementariedad.

Por su parte, Robert y Lascoumes (1974) plantean un *continuum* de todas las formas de agrupamiento en la etapa adolescente. Distingue cuatro formas de agrupamientos siempre teniendo en cuenta que se pasa de una a la otra por deslizamiento no por ruptura:

- *Los grupos de base institucional*: grupo escolar, organizaciones juveniles, deportivas, etc. Los sujetos dentro de estas instituciones interaccionan, aunque eventualmente las abandonan, pero si siguen perteneciendo a estas es porque han formado “subgrupos” con su vida completamente autónoma.
- *Grupos espontáneos*: conformados por cuatro o cinco individuos. Se puede observar una homogeneidad en tanto edad y origen social de los

integrantes. Las motivaciones son de tres tipos: de orden afectivo, búsqueda de distracciones comunes y la posibilidad de discutir entre jóvenes.

- *Casi-grupos*: son las uniones entre diferentes personas con ligeras interacciones entre los individuos. Se caracterizan por el hecho de que los signos de pertenencia al grupo son más externos que internos. A partir de estos cas-grupos pueden construirse genuinos grupos.
- *Bandas*: constituyen un grupo menos estructurado. Se caracterizan por ser grupos homogéneos en edad, sexo y origen social. Son grupos informales en estado puro, es decir no tienen su base en agrupaciones formales (escuela, familia). El objetivo de estos grupos es ocupar el tiempo libre, de estar juntos, reunidos al tiempo que se experimenta la vida.

Es por todo esto que el grupo de pares adquiere una importancia trascendental ya que el adolescente le transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente estaba en el grupo familiar, sobre todo con los padres. De esta manera, el grupo constituye la transición en el mundo externo para poder así lograr la individuación adulta. Una vez que el adolescente haya pasado por esta etapa tan necesaria e importante de su ciclo vital, el sujeto podrá empezar a separarse paulatinamente de su grupo de amigos y asumir su identidad adulta (Knobel, 2010).

2.5 Adolescencia y Nocturnidad

Los cambios en la cultura urbana se expresan en los cambios de las formas de diversión, del uso del tiempo libre y en las formas que asume la noche en Argentina. Hace décadas que la geografía urbana se descentralizó y modificó la naturaleza de la actividad nocturna es por eso que los jóvenes son los mayores protagonistas de la vida nocturna, sobre todo los fines de semana a horas avanzadas. Muchos territorios urbanos cobran de noche un significado diferente (Margulis, 2005).

El autor se pregunta ¿Por qué a los jóvenes/adolescentes les atrae tanto la noche? Porque la ciudad es de ellos mientras los adultos duermen, los padres duermen, los patrones duermen. Se sitúan en el tiempo opuesto, se procura el máximo distanciamiento con el tiempo diurno, con el tiempo de todos, de los adultos, el tiempo “reglamentado”. Este tiempo distanciado y a contracorriente de las costumbres y hábitos parece ser el tiempo propicio para la fiesta. La ciudad se convierte en otra ciudad. El refugiarse en la noche implica otro manejo del tiempo y del espacio. Es un tiempo no colonizado en donde parece resignar el control; es un tiempo no utilizado plenamente para la reproducción industrial, económica. La noche aparece para los jóvenes/adolescentes como ilusión liberadora.

Cuando se habla de noche y juventud, se hace referencia no solo a aspectos biológicos ni astrológicos, sino que son categorías socialmente construidas, determinadas por procesos históricos y culturales. Lo que suele conocerse como adolescencia y juventud es una noción incorporada en el siglo XIX en la burguesía europea, en virtud de la postergación de la condición adulta para aquellos sectores sociales que accedían a la

educación (Lowe, 1986). De esta manera se plantea un desfase entre la madurez sexual y biológica y la madurez social, generando un período de moratoria respecto a la formación de una familia, de obtención de ingresos; se postergan obligaciones. Esta situación se caracteriza, generalmente, en la condición de estudiante; pero no todos pueden acceder a esta. Amplios sectores de la población, sea por circunstancias culturales y/o económicas ingresan tempranamente al mundo laboral como así también, inician su vida reproductiva a edades tempranas (Margulis, 2005).

Por lo tanto, la condición histórico-cultural de juventud no se ofrece de igual manera para todos aquellos que pertenecen a la categoría estadística de “joven”, ya que la desigualdad social atraviesa esta categoría y determina situaciones diferentes. Esta heterogeneidad influye en las diferentes opciones para los jóvenes en la noche; en este sentido estarían operando las diferencias culturales pero también las diferencias sociales y económicas. En la cultura de la noche hay elecciones pero también hay restricciones. En este sentido la condición socio-cultural va a demarcar si se puede o no se puede acceder a ciertos lugares; se es elegido para ingresar o para ser excluido, de este modo se puede elegir pero dentro de una cierta gama. Muchas veces la cultura nocturna es etnocéntrica, clasista y en algunos casos se podría decir, racista (Margulis, 2005).

Las modalidades vigentes en la cultura urbana actual impone la nocturnidad como tiempo para encuentros, para los contactos con iguales, para el logro de amistades, las posibilidades de romance, de sexo, de fiesta. Existe la necesidad de los adolescentes/jóvenes por encontrar a sus pares, construir agrupamientos, encontrar el

espacio propicio para integrarse y diferenciarse, construir señales de identidad (Margulis, 2005).

2.6 Estilos de crianza

El adolescente se desarrolla y pasa su adolescencia dentro de una familia, la cual es el núcleo inicial de su proceso de socialización. A medida que va avanzando en edad, el adolescente comienza a relacionarse con personas de su misma edad y comienza a formar grupo de amigos, por lo cual la familia pasa a un segundo lugar de interés para el sujeto. Diversos factores inciden en el desarrollo del individuo como persona, uno de ellos es el tipo de familia y el estilo de crianza adoptado por los padres para con sus hijos. Los estilos de crianza tienen consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño. A continuación se expondrán 4 estilos diferentes (Becoña Iglesias, 2002):

- *Padres con autoridad:* son exigentes y al mismo tiempo sensibles, aceptan y alientan la progresiva autonomía de sus hijos. La comunicación entre ellos es flexible y abierta. Aplican una disciplina inductiva, ya que las reglas son explicadas y flexibles. Suelen tener un rendimiento escolar alto, elevada autoestima, confianza personal, son socialmente competentes.
- *Padres autoritarios:* ejercen una disciplina basada en la afirmación del poder. Sus exigencias a menudo son inadecuadas. La comunicación es pobre, con reglas y normas inflexibles en donde los niños tienen poca participación. La posibilidad de

independencia de los hijos es escasa. Los niños suelen ser retraídos, temerosos, con poca interacción social.

- *Padres permisivos:* Imponen escasa o ninguna restricción a sus hijos. Son poco exigentes y permiten que el niño regule su propia conducta lo cual genera en los niños una gran libertad e independencia individual. En algunos casos, estos niños suelen ser independientes, sociables, creativos, activos; y en otros casos, impulsivos, agresivos, rebeldes.
- *Padres Indiferentes:* son aquellos que no impone límites y tampoco proporciona afecto. Estos padres se concentran en sus propias vidas sin brindarles tiempo a sus hijos. Los niños suelen tener impulsos destructivos y conductas delictivas.

Respecto al consumo de drogas, es clara la relación que tienen los distintos estilos de crianza sobre el consumo de sustancias, mayormente ilegales. De este modo, el estilo de crianza es una variable de gran relevancia en la niñez y adolescencia para explicar en la vida adulta el consumo de drogas (Vielva, Pantoja y Abeijón, 2001).

Capítulo III: Metodología

3.1 Diseño y tipo de investigación

Para la presente investigación, se realizará un Estudio Descriptivo mediante Encuesta Transversal.

Para realizar las encuestas, se optó por el Diseño por encuesta Transversal. Según León y Montero (2003) en este tipo de diseño el objetivo es describir una población en un momento dado. En un diseño transversal se plantea, como mínimo, establecer diferencias entre los distintos grupos que componen la población y las relaciones entre las variables más importantes.

Se llevaron a cabo diversos análisis estadísticos en función de los objetivos de la investigación propuestos. Por un lado, se realizaron análisis descriptivos de frecuencia y de convergencia en función de las distintas variables familiares, individuales y del grupo de pares y se calcularon coeficientes chi cuadrado para estimar la relación entre variables. Se codificaron todas las variables con sus respuestas introduciéndolas en una base de datos creada para tal fin. El software utilizado fue el IBM SPSS Statistics 19.0.

3.2 Participantes

La totalidad de adolescentes de ambos sexos cuyas edades están comprendidas entre los once y quince años, que cursan estudios secundarios en instituciones educativas de la ciudad de Río Cuarto.

La muestra estuvo formada por 211 adolescentes de entre 11 a 15 años ($M = 13,05$; $DE = 0,80$) pertenecientes a 1ro y 2do año del colegio secundario, tomando en

cuenta los dos géneros, femenino y masculino (M = 59,2% H = 40,8%). Las instituciones seleccionadas fueron cuatro colegios tanto públicos y privados de la ciudad de Río Cuarto. Los mismos fueron: Colegio Hispano Argentino, Colegio Manuel Belgrano, Colegio Nacional y Colegio Santa Eufrasia.

La muestra fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico intencional. Por cada institución se seleccionaron dos cursos, 1ero y 2do año. Sumando un total de 8 cursos. Se seleccionó la totalidad de los alumnos que estaban en el aula y se les administró el cuestionario.

Las instituciones educativas fueron seleccionadas de acuerdo a su modalidad de gestión ya sea pública o privada, por lo que favorece la heterogeneidad de la muestra (Ley de Educación Nacional N° 26.206). Las instituciones educativas seleccionadas fueron las siguientes:

- Escuelas con educación pública: Colegio Manuel Belgrano y Colegio Normal.
- Escuelas con educación privada: Colegio Santa Eufrasia y Colegio Hispano.

3.3 Herramientas e Instrumento

Esta investigación apunta específicamente a conocer cuáles son los principales factores de riesgo del adolescente en el consumo de marihuana, en donde se medirán tres factores de riesgo: individuales, familiares y grupo de pares. Para poder llevar a cabo este propósito se confeccionó un cuestionario, el cual consta de 3 dimensiones, cada dimensión equivale a un factor en específico. En la dimensión N° 1 las preguntas están

dirigidas a aspectos individuales de los sujetos. En lo que corresponde a la dimensión N° 2, las preguntas están relacionadas al sujeto y su grupo de pares. Y por último, en la dimensión N° 3 se busca averiguar acerca del vínculo existente entre el adolescente y su familia. (Ver Tabla 1)

El cuestionario recibe el nombre de “Factores de riesgo y protección predictores del consumo de marihuana durante la adolescencia”. El mismo fue diseñado exclusivamente para la presente investigación en base a los autores mencionados en el libro de Becoña Iglesias (2002). Estos autores desarrollan una serie de factores de riesgos y protección de los cuales se seleccionaron aquellos que se creen que son los más relevantes y concuerdan con la investigación.

3.4 Procedimiento

El procedimiento llevado a cabo para la realización de las encuestas a los alumnos de las instituciones fue el siguiente: el primer contacto que se tuvo con la escuela fue asistiendo a las instituciones seleccionadas, se solicitó autorización a los directivos para administrar las encuestas. Una vez dada la autorización, se ingresó al aula en horario de clases y se les explicó de qué se trataba la investigación, se les leyó la carta de consentimiento informado para quien no esté de acuerdo o no quiera participar tenga la libertad de abstenerse. Luego los alumnos que quisieron participar se auto-administraron la encuesta, de manera simultánea. Una vez recabados los datos, se cargaron al programa SPSS para el análisis pertinente de los resultados.

3.5 Cuestiones éticas

El cuestionario es confidencial, y estrictamente voluntario. La información que se recogió no se utilizó para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Antes de que comiencen a responder, se les aclaró que si algún participante tuviese dudas o inquietudes acerca del proyecto, podían evacuarlas en cualquier momento durante la administración o vía e-mail. Aquellos que accedieron a participar en este estudio, se les pidió completar el cuestionario y el consentimiento informado. El tiempo que se empleó en realizar la encuesta duró entre 10 y 15 minutos. Además se les comentó que podían retirarse del proyecto en cualquier momento que lo crean conveniente y que no iba a haber ningún tipo de devolución individual del resultado de la encuesta, pero si el sujeto desease información acerca de los resultados obtenidos en general, tenía la posibilidad de contactar a través del e-mail que figura en la carta de consentimiento informado.

Capítulo IV: Análisis de resultados

A continuación se expondrá el análisis de las variables de acuerdo a los datos recabados en las encuestas.

1. Características de la población estudiada:

Tabla 2: *Sexo*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Masculino	86	40,8
	Femenino	125	59,2
	Total	211	100,0

Tabla 3: *Edad*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	11	1	,5
	12	53	25,1
	13	99	46,9
	14	51	24,2
	15	7	3,3
	Total	211	100,0

Gráfico 1: *Instituciones educativas encuestadas*



Se seleccionó dos escuelas públicas y dos privadas. Se encuestó a similar cantidad de alumnos con el fin de que los resultados no muestren la realidad de un solo grupo social, sino que abarque diversos grupos sociales con escenarios y posibilidades diferentes.

2. Dimensión Individual

En relación al conocimiento de la problemática que poseen los adolescentes, se apuntó indagar acerca del estatus legal de la sustancia en nuestro país, si conocían casos de consumo en niños. Las respuestas han sido variadas.

Tabla 4: *Percepción de la marihuana como sustancia legal*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SIEMPRE	39	18,5
	A VECES	68	32,2
	NUNCA	104	49,3
	Total	211	100,0

Tabla 5: *Percepción de la marihuana como sustancia ilegal*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SIEMPRE	134	63,5
	A VECES	52	24,6
	NUNCA	25	11,8
	Total	211	100,0

Tabla 6: *Conocimiento acerca de casos de consumo de marihuana en niños*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SIEMPRE	39	18,5
	A VECES	99	46,9
	NUNCA	73	34,6
	Total	211	100,0

En lo que respecta al ofrecimiento de marihuana hacia los adolescentes, los resultados de las encuestas muestra que a un 20% de los encuestados les han ofrecido en algún momento comprar marihuana, mientras que a un 80% restante no les han ofrecido la sustancia. Esta variable se podría relacionar con la fácil accesibilidad de conseguir esta droga. En este sentido los resultados dieron que un 65,8% cree que es fácil comprar el estupefaciente, mientras que el 34,1% restante opina que su accesibilidad no es sencilla.

Otro factor relevante es la valoración que tiene el adolescente de la sustancia. En las encuestas se ha podido constatar que de los adolescentes que sí conocen o creen conocer los efectos que produce la sustancia (50,7%) concuerdan en la idea de que es nocivo para la salud. Estos describen efectos a nivel fisiológico, cognitivo y orgánico. No obstante, sólo algunos adolescentes (9,3%) concordaron con valoraciones positivas hacia la marihuana, diciendo que “hace bien”, “te pone feliz”, “calma dolores”, “te pone contento y despreocupado”. Un 49,3% de los encuestados no conoce los efectos. En la tabla 2 se pueden observar las respuestas literales de los adolescentes, a fin de sintetizar las diferentes opiniones.

Tabla 4: *Verbalizaciones de los adolescentes con connotaciones negativas sobre los efectos de la marihuana*

EFFECTOS	FISIOLÓGICOS	COGNITIVOS	ORGÁNICOS	OTROS
	Dolor de cabeza	Alucinaciones	Adicción	Accidentes
	Hambre	Delirio	Abstinencia	Enfermedades sin cura
	Ojos rojos	Pérdida de memoria	Quema las neuronas	Muerte súbita
	Mareo	Falta de conciencia sobre las acciones	Daño en los pulmones	Estado vegetal
	Risa – Llanto	Cambios en el estado de ánimo	Cáncer de pulmón	Te consume por dentro
	Agresividad	Sueño		Es difícil “salir”
	Hiperactividad	Pérdida de control psicológico		Rechazo social
	Relajación	No modular el habla, incoherencia en el habla		
	Descompostura	Deficiencia cerebral a largo plazo		
	Pérdida de peso			

Una variable que se considera interesante, es la necesidad de experimentar nuevas sensaciones, nuevas experiencias.

Tabla 5: *Experimentación de cosas nuevas*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SIEMPRE	39	18,5
	A VECES	105	49,8
	NUNCA	67	31,8
	Total	211	100,0

Tabla 6: *Experimentación con la sustancia*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SIEMPRE	5	2,4
	A VECES	11	5,2
	NUNCA	195	92,4
	Total	211	100,0

Sobre la valoración de la sustancia en dificultades de diferente índole en la vida de las personas, el 85,8% de los entrevistados concuerda en que el consumo de marihuana no es una vía adecuada para solucionar problemas.

Por otro lado, una variable que se cree de gran relevancia es si el adolescente realiza actividades recreativas. Según las respuestas de los encuestados, se puede observar un porcentaje elevado (64%) de adolescentes que sí realizan actividades recreativas. Esto podría reducir la probabilidad de consumo de sustancias legales e ilegales. No obstante el 23,7% de estos jóvenes a veces realizan actividades recreativas, pero esto podría tener que ver con los intereses y posibilidades de cada sujeto. Un 12,3% no realiza ningún tipo de actividad recreativa.

3. Dimensión del Grupo de pares

Tabla 7: *Amigos que consume marihuana*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos SIEMPRE	53	25,1
A VECES	51	24,2
NUNCA	107	50,7
Total	211	100,0

Tabla 8: *Relación existente entre los amigos que consumen marihuana y el consumo del adolescente*

		¿Has probado marihuana?			Total
		SIEMPRE	A VECES	NUNCA	
¿Alguno de tus amigos consume marihuana?	SIEMPRE	5 2,4%	3 1,4%	45 21,3%	53 25,1%
	A VECES	0 ,0%	6 2,8%	45 21,3%	51 24,2%
	NUNCA	0 ,0%	2 ,9%	105 49,8%	107 50,7%
Total		5 2,4%	11 5,2%	195 92,4%	211 100,0%

Por otro lado, también es relevante como el grupo de pares influye en la iniciación o acercamiento al consumo. En relación a esto, los resultados mostraron que en primer lugar, se evidencia una relación estadísticamente significativa ($X^2 = 22,21$, $gl = 4$, $p < 0,001$) entre tener amigos que consuman marihuana y haber probado la sustancia. En este sentido, de 107 adolescentes que tienen amigos que no consumen, un total de 105 (98%) no ha probado la misma. Aun así, los resultados indican que de 195 personas que nunca probaron, un 46% tienen amigos que tienen o han tenido contacto con la marihuana. Esto demuestra que existen otros factores que influyen en la decisión de probarla.

Tabla 9: *Relación existente entre el incentivo del grupo de pares al consumo y el consumo del adolescente*

		¿Te alientan tus amigos a consumir marihuana?			
		SIEMPRE	A VECES	NUNCA	Total
¿Has probado marihuana?	SIEMPRE	2 ,9%	0 ,0%	3 1,4%	5 2,4%
	A VECES	1 ,5%	4 1,9%	6 2,8%	11 5,2%
	NUNCA	3 1,4%	15 7,1%	177 83,9%	195 92,4%
Total		6 2,8%	19 9,0%	186 88,2%	211 100,0%

El análisis muestra que un gran porcentaje (88,2%) de adolescentes nunca ha sido incitado al consumo por parte del grupo de pares. Esto tiene relación con que un alto porcentaje (92,4%) de estos sujetos, nunca han probado la marihuana. Esta asociación es estadísticamente significativa ($X^2 = 38,93$, $gl = 4$, $p < 0,001$).

Tabla 10: *Relación existente entre la integración del grupo de pares y el consumo por parte de los amigos*

		Si no consumís, ¿te sentís excluido? ¿Tus amigos te dejan de lado?			
		SIEMPRE	A VECES	NUNCA	Total
¿Alguno de tus amigos consume marihuana?	SIEMPRE	2 ,9%	4 1,9%	47 22,3%	53 25,1%
	A VECES	1 ,5%	5 2,4%	45 21,3%	51 24,2%
	NUNCA	2 ,9%	5 2,4%	100 47,4%	107 50,7%
Total		5 2,4%	14 6,6%	192 91,0%	211 100,0%

En relación a la integración social por parte del grupo de amigos consumidores para con el adolescente, los resultados indican que de 104 sujetos que tienen amigos que consumen o han consumido, el 88% no se siente excluido o dejado de lado por el grupo. La prueba de asociación indicó que la relación entre sentirse excluido y tener amigos consumidores no es significativa ($X^2 = 2,19$, $gl = 4$, $p = 0,7$).

Muchas de las creencias y conocimientos que los adolescentes tienen acerca de la marihuana, surge de los conocimientos que se comparten entre pares. De acuerdo a los resultados de la investigación, se observa un porcentaje elevado (88,2%) de adolescentes que no conversa acerca de la sustancia con sus amigos, pero aquellos que lo hacen habitualmente o en ocasiones (2,8%) comparten ideas desfavorables, aunque un 17,5% concuerda con valoraciones positivas hacia la marihuana, diciendo que “ayuda a salir de los problemas que uno tiene”, “tendrían que legalizarla”, “es mejor que el cigarrillo”, “es algo común consumir para algunos amigos”, “se fuma para pasar el tiempo delirando”,

sienten ganas de experimentar “para ver que se siente”, y algunos adolescentes se sienten incitados por el grupo de pares a consumirla.

Tabla 11: *Creencia de los adolescentes respecto al contexto nocturno recreativo y el consumo de marihuana –“¿Es más sencillo consumir marihuana saliendo de noche a los boliches/bares?”*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SIEMPRE	69	32,7
	A VECES	67	31,8
	NUNCA	75	35,5
	Total	211	100

En relación a los espacios recreativos nocturnos y el consumo de marihuana, los resultados de las encuestas se encuentran divididos, ya que el 64,5% ha considerado el hecho de que en los boliches o bares nocturnos las personas tendrían más posibilidad de consumir/adquirir drogas, mientras que un 35,5% de sujetos no considera este espacio físico como oportuno para el consumo.

Tabla 12: *Relación existente entre el consumo de los padres/tutores y el grado de acuerdo-desacuerdo de estos para con el consumo de marihuana.*

		Alguno de estos adultos, ¿consume marihuana?			Total
		SIEMPRE	AVECES	NUNCA	
Los adultos responsables con los que te relacionas, ¿están de acuerdo con el consumo de marihuana?	SIEMPRE	0	0	4	4
		0,00%	0,00%	1,90%	1,90%
	A VECES	1	2	4	7
		0,50%	0,90%	1,90%	3,30%
	NUNCA	1	5	194	200
		0,50%	2,40%	91,90%	94,80%
Total		2	7	202	211
		0,90%	3,30%	95,70%	100,00%

Otro factor de riesgo vinculado al anterior a tener en cuenta es el de las actitudes de aceptación al consumo de drogas de los adultos responsables que lo rodean al adolescente, así como también las prácticas de consumo por parte de estos adultos. Se cree que estas actitudes si son positivas, es decir que si están a favor, va a ayudar a que el adolescente esté más predispuesto a que consuma. Pero si estas actitudes son desfavorables, lo cual correspondería a un factor de protección, el adolescente estaría menos expuesto al consumo. En base a esto, se encontró que la mayoría de los adultos (94,8 %) están en desacuerdo con el consumo y, consecuentemente, no son consumidores ($X^2 = 28,72$, $gl = 4$, $p < 0,001$). Como se observa, esta relación es significativa. Vinculado a esto, es importante tener en cuenta la comunicación que hay entre los adolescentes y sus padres. Las encuestas mostraron que un 69,7% mantienen una buena comunicación con sus progenitores y con los adultos responsables que los rodean. Una gran parte de los encuestados (30,4%) manifestaron que no siempre pueden comunicarse con facilidad.

Tabla 13: *Comunicación entre padres e hijos*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SIEMPRE	147	69,7
	A VECES	55	26,1
	NUNCA	9	4,3
	Total	211	100,0

En cuanto a la variable convivencia en el núcleo familiar, los resultados han mostrado que un 50,7% de los adolescentes mantienen convivencia armónica con su familia. Lo que resulta llamativo es que otra gran parte (49,3%) ha respondido que a veces mantienen una buena convivencia o nunca mantiene una convivencia armónica. Esta variable se podría relacionar con los límites que establecen los padres/tutores. De acuerdo a los resultados de las encuestas, se puede inferir que los adolescentes tienen la percepción de que los adultos que los rodean tiene un grado de exigencia medio, es decir, un grupo (37,4%) opina que son muy exigentes a la hora de poner límites, mientras que otro grupo (62,6%) piensa que no lo son en exceso.

Capítulo V: Discusión

La marihuana es la droga psicosocial ilegal más consumida en nuestro país y en el mundo. Históricamente, ha sido una sustancia asociada a los sectores marginales de la sociedad y pasó desapercibida para el resto de la población hasta finales de la década de los setenta. Es en esta época en que comienza a llamar la atención su consumo, produciéndose un aumento progresivo del mismo al relacionarse a un movimiento de rebelión contra los valores sociales establecidos (Calafat et al., 2000). Diversos acontecimientos sociales, históricos y culturales han propiciado que la asociación del consumo de cannabis a los grupos sociales marginales y a la delincuencia haya ido perdiendo significado, para ir adquiriendo una imagen social de la droga la cual no genera mayores inconvenientes que aquellos que puede producir el tabaco o el alcohol. Es por esto que la percepción de riesgo se haya ido minimizando cada vez más y es más aun entre la población adolescente (Gamella y Jimeno, 2004).

Uno de los aspectos a considerar para dar cuenta de la gravedad de la problemática es identificar la edad de inicio en que la persona comienza a consumir y la frecuencia con que lo hace, ya que demarcará la gravedad de las consecuencias negativas a corto y largo plazo. La fase inicial de la adolescencia parece ser un periodo de suma importancia para el desarrollo del daño relacionado con el cannabis (Moya García et. al., 2006).

En relación al continuum de consumo de las drogas, este puede ir de la experimentación, al uso, al abuso y a la dependencia (Becoña Iglesias, 2002; Martínez Llanas, 2007; OMS, 2010.) Cada fase tiene características propias que las diferencian y dan cuenta del avance de la problemática instalada en el sujeto. El inicio precoz del consumo de cannabis aumenta el riesgo de la presencia de problemas relacionados con su

consumo, tanto en la esfera personal, social, escolar, familiar y de trastornos mentales. El uso crónico y durante largos períodos de tiempo de marihuana puede producir deficiencias cognitivas: de memoria, atención, capacidad psicomotora y otros trastornos mentales (INAD, 2004; Berro Rovira, 2014).

Se cree que la etapa adolescente es el período en donde el sujeto se encuentra más expuesto al consumo de drogas, ya sea porque da los primeros pasos hacia la exogamia (relaciones afectivas y vínculos con personas no pertenecientes al grupo familiar), experimenta situaciones nuevas, quieren diferenciarse de los padres, entre otras cosas. Estos desafíos y situaciones pueden aumentar el riesgo de que abusen del alcohol, del tabaco y de otras sustancias. Es por todo esto que en la adolescencia temprana y media el riesgo de que el sujeto experimente el consumo de drogas es mayor que en otra etapa del ciclo vital (INAD, 2004). Esto tiene relación con los resultados de la presente investigación en cuanto al porcentaje elevado de adolescentes que manifiesta una tendencia a experimentar situaciones nuevas (68,3%), lo cual si en estas situaciones se toma en cuenta la experimentación de la marihuana, esta variable se convertiría en un factor de riesgo.

Como bien se conoce, esta etapa evolutiva está dividida en tres sub etapas con características del desarrollo propias y claramente diferenciables entre sí, lo que implica que el riesgo sea diferente para cada una de ellas. Por ejemplo, se cree que la adolescencia tardía, a comparación de otras dos etapas anteriores, resta vulnerabilidad ante el consumo de sustancias por diferentes motivos, entre ellos a menudo el sujeto comienza a insertarse en el mercado laboral, la madurez psicosocial crece significativamente, el adolescente ingresa al mundo adulto. En cambio, en la adolescencia temprana y media, los sujetos

están atravesando la etapa de mayor turbulencia del ciclo vital. Es una etapa repleta de duelos. En primer lugar el adolescente duele por el cuerpo infantil irremediablemente perdido, donde los cambios a nivel físico son notorios, llevando al adolescente a replantearse quién es. Muchas veces no se conocen en el espejo y menos aún reconocen la imagen que les devuelve el espejo porque es una imagen que no están acostumbrados a ver. Otro duelo es por los padres que emergen ya no como “héroes o padres perfectos sin defecto alguno” sino como adultos capaces de equivocarse, de cometer errores, de imponer autoridad y límites. Y por último, duelan por los roles sociales, los cuales a medida que van creciendo, estos roles se van transformando y cambiando (Aberastury, 1970). Siguiendo esta idea, según lo dicho por Fernández Mouján (2004) la adolescencia es un período de la vida limitando tanto social, biológico y psicológico; limitado porque está centrado en los duelos y en la resistencia a esos cambios. Estos duelos se realizan por pérdidas en tres áreas especializadas: cuerpo, mente y ambiente; y en tres tiempos: pasado, presente y futuro. Los mecanismos utilizados para la elaboración del duelo son distintos y van a depender de cada sujeto y de la situación ambiental particular. Esto los convierte en un grupo de extrema vulnerabilidad hacia el consumo.

En relación a los factores de riesgo y de protección, como se planteó anteriormente, es necesario aclarar y tener en cuenta que no todas las personas que se vean expuestas a una situación determinada van a actuar de la misma manera o van a sufrir las mismas consecuencias, es por esto que los factores de riesgo y de protección van a intervenir en el sujeto para definir de algún modo de qué manera influirán estos en sus conductas y elecciones (Becoña Iglesias, 2002). En este sentido, la presente investigación demuestra que a pesar de que el adolescente esté atravesando una situación difícil determinada en la

vida, la mayoría de estos (85,8%) no van a elegir el consumo de la sustancia para evadirse de los problemas y tampoco creen que el consumo sea una vía adecuada para solucionar esos problemas. De acuerdo a las investigaciones encontradas acerca de los factores de riesgo y de protección se podría decir que existe un sesgo en el estudio de los mismos, ya que los factores intrapersonales, familiares y del grupo de pares son los más desarrollados, mientras que hay escasa investigación de los factores ambientales, contextuales (Becoña Iglesias, 2002). Es por ello que el presente trabajo tuvo como objetivo identificar la presencia de factores de riesgo y de protección en el consumo de marihuana vinculado a los aspectos intrapersonales e interpersonal en adolescentes de entre 11 y 15 años de la ciudad de Rio Cuarto.

Como bien se sabe, en la actualidad existe una importante lucha contra el consumo de drogas, y precisamente la marihuana es una de las sustancias que tiene postulados a favor y en contra de su consumo, ya que las propiedades medicinales de la misma (tratamiento de las afecciones del oído, cutáneas, de abscesos y tumores, vermífuga y vermífugo, depurativo, diurético, antiepiléptico, tratamiento de abscesos y tumores, tratamiento de la induración y contracción del útero, calmante, entre otros (Lozano, 1997) propician a generar ciertas confusiones en la población, perdiendo de vista que el punto clave para determinar su nocividad, reside en el tipo de consumo y uso que las personas hagan de la sustancia, así como el significado que se le otorga a la misma en la vida de los sujetos.

Un factor sumamente relevante a la hora de tomar una actitud con respecto a algún objeto o circunstancia, son las creencias y valoraciones que los adolescentes tienen con respecto a ellas. Un estudio realizado por el Observatorio Argentino de Drogas y la SEDRONAR (2009) tuvo como propósito indagar acerca de las percepciones y

representaciones sociales que los adolescentes poseen respecto al consumo y la relación que los jóvenes establecen entre los consumos culturales y las representaciones que circulan en torno al consumo de drogas. Unas de las conclusiones a las que se arribó fue que los jóvenes plantean que su consumo genera efectos negativos en su cuerpo (mareo, vómitos, “quedar flasheado”) y episodios de violencia. Estos resultados se relacionan con los que los encuestados manifiestan, donde los mareos, descompostura, agresiones, entre otro, son efectos que genera el consumo de marihuana.

En este sentido, en este estudio un dato sumamente relevante, como ya fue nombrado anteriormente, fue que la mayoría de los adolescentes no consideran que una vía adecuada para solucionar problemas sea el consumo de drogas (85,8%). Esto podría deberse a que mucho de ellos (50,7%) conocen los efectos y consecuencias que causan. Aun así, desde la SEDRONAR (2010) se dice que el porcentaje de estudiantes que son considerados como grupo de riesgo es de 68%, a pesar de la información acerca de los daños, efectos y consecuencias que la sustancia provoca. Según los resultados obtenidos en este estudio, entre los adolescentes encuestados hay una alta percepción de riesgo de la sustancia, ya que la gran mayoría de los adolescentes concuerdan con que produce efectos negativos en el organismo, en la esfera social y psicológica. Sin embargo, la tolerancia social en nuestra sociedad es baja, por lo cual, el hecho de ser adolescentes en pleno desarrollo podría explicar que muchas veces personas mayores a estos los influencien a consumir. Además, la fácil accesibilidad/disponibilidad y oferta que existe en la actualidad va a influir en las oportunidades que tenga el adolescente para experimentar con la sustancia, ya que según se evidenció, 2 de cada 10 jóvenes le han ofrecido consumir en algún

momento, lo cual podría ser un indicador de posible consumo, a pesar de que el porcentaje de sujetos que ha probado la sustancia es considerablemente bajo (7,6%).

Uno de los riesgos que trae aparejado el consumo de marihuana es que la misma podría actuar como droga facilitadora (Stenbacka et al., 1993) de otras drogas más peligrosas, siendo el consumo de marihuana una escalada para el uso y abuso de sustancias más peligrosas; pero esto no significa que todos los que consumen cannabis acaben consumiendo cocaína, heroína, drogas de síntesis, entre otras. No obstante, se cree necesario crear estrategias de prevención, las cuales deberían orientarse a evitar el consumo precoz de tabaco y alcohol en escolares, ya que el estudio realizado por Becoña Iglesias, Cavada, Silva y Cáceres (2007) demostró que los que consumen marihuana han experimentado anteriormente el tabaco o el alcohol.

Uno de los factores de prevención fundamentales está relacionado a la dimensión familiar. Se podría explicar una abstención al consumo el hecho de tener una buena comunicación con los padres (Muñoz-Rivas et al., 2000; Graña y Cruzado, 2000), que haya un ambiente armónico en el hogar para lograr un desarrollo saludable del sujeto (Petterson et al., 1995), que los adolescentes tengan como modelos de referencia a padres que estén en contra del consumo de marihuana y que, por supuesto, no hagan consumo de ella (Petterson et al., 1995). Todo esto contribuirá a que el menor esté menos expuesto al consumo de droga. Este estudio reveló que el 69,7% de los jóvenes refieren tener una buena comunicación con sus padres y el 50,7% mantienen una convivencia armónica con los mismos. Estas variables, entre otras, influyen en que un 92,4% nunca ha probado la sustancia.

Un punto importante en el vínculo padres-hijos adolescentes y consumo de sustancias, tiene que ver con las reglas familiares y el cumplimiento de normas. En esta etapa evolutiva los adolescentes necesitan límites claros impuestos por adultos responsables. Estos límites estarán demarcados por las creencias y valores de cada cultura y sociedad en un momento dado de la historia, y por supuesto, van a ir cambiando de acuerdo al paso del tiempo. La calidad de la flexibilidad y exigencia de los padres tiene efectos en cómo sus hijos van a responder a estas normas y asimilarlas como valores, y no como imposiciones. En este sentido, Becoña Iglesias (2002) indica que estilos de crianza autoritarios, permisivos o indiferentes causan poca comunicación, demasiados o escasos límites y una gran libertad para el adolescente o una libertad nula para desarrollarse como sujeto. Por el contrario, estilos de crianza de padres con autoridad pero con cierta flexibilidad en su comunicación, aceptación y promoción de la progresiva autonomía de sus hijos, aplicando una disciplina inductiva en donde las reglas son explicadas y flexibles, podría ser el estilo adecuado para un desarrollo saludable para el adolescente y para la familia ya que, generará en el joven un alto rendimiento escolar, una autoestima elevada, confianza personal y serán socialmente competentes. Favorablemente, esta investigación demuestra que la exigencia de límites de los padres para con los adolescentes no es exigente en exceso, lo cual es positivo, ya que implica que el adulto le establece límites y al mismo tiempo no deja de lado la libertad de elegir sus propias decisiones, fomentando la autonomía. Sin embargo, los resultados demostraron que no todos los adolescentes tienen un ambiente familiar favorable y los conflictos entre padres e hijos están presentes, por lo tanto podría ser uno de los factores de riesgo para un posible acercamiento a las drogas.

Otro grupo social que tiene un papel de suma importancia en la iniciación del joven al consumo de drogas es el grupo de pares por el rol que cumple en esta etapa de la. En la investigación, se encontró que a pesar de que alguno/s de los integrantes del grupo de amigos consuman cannabis (49,3%), la mayoría de los encuestados no lo hacen (92,4%) y no creen sentirse excluidos del grupo (91%), además estos no lo incitan a que lo haga (88,2%). Por lo tanto, el hecho de que los amigos consuman marihuana, no necesariamente será una variable determinante para que el sujeto también consuma.

Otro de los factores de riesgo que se vincula al grupo de pares, son los espacios donde el adolescente puede tener fácil acceso o situaciones de exposición e incitación al consumo. Uno de ellos, y tal vez el más habitual, son los puntos de encuentro de los adolescentes donde las reglas e imposiciones sociales se ven con mayor flexibilidad. Uno de estos espacios son los boliches o bares nocturnos, donde los jóvenes salen a bailar o simplemente se reúnen con sus amigos y pares. Según un estudio realizado por Calafat Far et al. (2007) esta actividad puede ser entendida como un cambio, una transformación de un espacio a otro, considerando los distintos contextos como partes de la sociedad total. Es interpretado como una búsqueda de tiempo y espacio diferente pero complementario a la rutina. También se podría decir que al ser un espacio recreativo en donde el adolescente va a divertirse, la desinhibición es propiciada por este contexto, lo cual puede facilitar que el sujeto encuentre pareja o haga nuevos amigos. Pero, también en este contexto de desinhibición y búsqueda de satisfacciones, se puede propiciar el consumo, por lo que la oferta y la invitación al mismo es una actividad común en estos espacios. Siguiendo a los autores, plantean que el “salir a bailar” se ha convertido en un estilo de diversión hegemónico por los adolescentes, donde se generan elementos de

identidad, se gestan movimientos culturales y son el espacio de encuentro de distintos grupos. El ámbito recreativo nocturno no solo ha dado lugar a que se desarrollen locales de diversión sino también elementos destinados a los jóvenes como lo son la música, indumentaria, automóviles, y por supuesto, las drogas. En relación a esto, en el presente estudio el 64,5% afirmó que son estos espacios donde tienen mayor posibilidad de consumir o adquirir drogas, lo que coincide con el estudio citado.

Los resultados obtenidos en esta investigación han revelado que si bien existen factores de riesgo que exponen al adolescente al consumo de marihuana, también existen y en mayor medida, factores de protección que hacen que este riesgo se vea disminuido. Principalmente, estos factores de protección están vinculados a los aspectos interpersonales de los jóvenes, precisamente la familia y los pares. Otro de los factores clave, fue el conocimiento de la sustancia que ellos mismos tienen, producto del fácil acceso a la información que caracteriza la época actual y la tecnología, y principalmente, la comunicación familiar o con adultos responsables que brinden herramientas para seleccionar la información adecuada del cúmulo disponible. Por ello, este estudio aporta una mirada positiva hacia los jóvenes y las familias de hoy en día.

Sin embargo, este estudio presenta ciertas limitaciones que requieren ser tenidas en cuenta a la hora de generalizar estas conclusiones, y principalmente para generar nuevas investigaciones donde las mismas se vean superadas. En primer lugar, este estudio podría replicarse tomando muestras más grandes, ya que el número de participantes puede considerarse un tanto bajo y en un conjunto mayor, la variabilidad de los resultados se vería aumentada, siendo estos más representativos. Con respecto a la edad, se podría evaluar estos mismos factores en adolescentes más grandes, de entre 16 a 18 años, donde

podrían surgir nuevos resultados. Finalmente, con respecto a la muestra, trabajar con un muestreo probabilístico, aumentaría la representatividad de la misma.

Otra sugerencia para ampliar el aporte de este trabajo, es indagar sobre otros factores de riesgo y protección que surjan de otros ámbitos, algunos autores nombrados por Becoña Iglesias (2002) han desarrollado estudios en donde además de tener en cuenta los factores trabajados en esta investigación, han trabajado con los factores comunitarios y escolares (Hawkins et al., 1992; Petterson et al., 1992; Moncada, 1997; Pollard et al., 1997; Kumpfer et al., 1998; Muñoz Rivas et al., 2000). De esta manera se obtendría un panorama más amplio y completo de la problemática y del entorno el cual es enfrentado por el adolescente. Finalmente, se indica como relevante realizar nuevos estudios donde se analicen y relacionen estos factores (intrapersonales, interpersonales, ambientales, contextuales) con otras variables, como por ejemplo, autoestima, estrategias de afrontamiento, rasgos de personalidad, ansiedad, depresión, entre otras.

A pesar de estas limitaciones, este estudio se constituye como proveedor de un importante aporte al campo de conocimiento sobre la problemática en nuestro contexto, ya que brinda información a tres campos de trabajo. En primer lugar, a los terapeutas y trabajadores de la salud que se ven involucrados en el tratamiento de este tipo de conflictos o situaciones que afectan a los adolescentes y su entorno cercano. En segundo lugar, a los organismos e instituciones encargadas de programas de prevención del consumo y promoción de la salud. Y en tercer lugar, al campo de la investigación, principalmente a aquellas dirigidas a estudios epidemiológicos locales y nacionales, así como también resulta un aporte exploratorio para quienes indaguen sobre esta problemática y los factores personales y sociales asociados.

Luego de analizar los resultados obtenidos, es posible determinar que se cumplieron los objetivos propuestos al iniciar la investigación, ya que se han identificado y descripto la influencia de aquellos factores de riesgo y protección más relevantes en el período adolescente en relación al consumo de marihuana.

Referencias bibliográficas

- Abanades S., Cabrero A., Fiz J., Farré M. (2005). *Farmacología clínica del cannabis*. 20:187-98.
- Aberastury, A. y Knobel, M. (2004). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Ahston C.H. (2001). *Pharmacology and effects of cannabis: a brief review*. 178: 101-106
- Ausubel, D. P. et al. (1965). *Familia y sexualidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevalencia de la drogodependencia*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Imprenta nacional del Boletín Oficial del Estado. Madrid.
- Becoña Iglesias, E. et al., (2012). *¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de droga de los hijos?*. Adicciones. vol. 24 n° 3. pp. 253-268. Madrid.
- Berro, G.: *Apostillas en referencia a las adicciones y marihuana*, Revista Biomedicina, Vol. 9(1) (24-27): 2014. Uruguay.
- Berndt, T. J. (1978). *Child Development*. Estados Unidos: Brown & Benchmark.
- Blos, P. (1962). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz
- Blows S., Ivers, R. Q., Connor, J., Ameratunga S., Wodward, M., Norton, R. (2005). *Marijuana use and car crash injury*. Addiction. 100: 605-611.
- Brown, T. T. (2002). *Endocrine Effects of Marijuana*. Clin Pharmacol. 42:90S-96S.

- Campbell, I. (1976). *The amotivational syndrome and cannabis use with emphasis on the Canadian scene*. Annals of the New York Academy of Sciences (282): 33-36.
- Camí, J., Guerra, D., Ugena, B., Segura, J., De la Torre, R. (1991). *Effect of subject expectancy on the THC intoxication and disposition from smoked hashish cigarettes*. Pharmacol Biochem Behavior. 40:115-9.
- Cañal, M. J. (2003). *Adicciones: cómo prevenirlas en niños y jóvenes*. Bogotá: Norma.
- Caravajal Corzo, G. (1993). *Adolecer: la aventura de una metamorfosis. Una visión psicoanalítica de la Adolescencia*. Bogotá: P. S. N.
- Calafat Far, A., Becoña Iglesias, E., Gil, E., Juan, M. y Torres, M. A. (2000). *Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa*. Adicciones, 12 (2), pp. 197-230. España.
- Calafat Far, A., Jerez, M. J.; Becoña Iglesias, E., Fernández Gómez, C. (2007). *Mediadores recreativos y drogas: nueva área para la prevención*. Plan nacional sobre drogas.
- Carballeda, A. *La Adolescencia y la Drogadicción en los escenarios del desencanto*. Recuperado de: <http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/juventudpdf/carballeda>.
- Coleman, J. C. (1980). *The nature of adolescence*. Methuen. Londres y New York.

- Coromimas, J. (1973). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos.
- Corominas, J. y Pascual, J. (1997) *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Madrid: Gredos.
- Degenhardt, L., Hall, W., Lysnkey, M. (2001). *The relationships between cannabis use and other substance use in the general population*.(64) 319-327.
- Degenhardt L, Hall W, Lysnkey M. (2003). *Exploring the association between cannabis use and depression*. *Addiction*. 98(11):1493-504 (a).
- Degenhardt, L., Hall, W. (2002). *Cannabis and psychosis*. 4(3):191-196.
- Ehrenreich, H., Rinn, T., Kunert, H. J., Moeller, M. R., Poser, W., Schilling, L., Gigerenzer, G., Hoeche, M. R. (1999). *Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use*. *Psychopharmacology*. 142(3):295-301.
- Elder, G. H. (1975). *Adolescence in the life cycle: an introduction*, citado en Lehalle H. (1986).
- Fergusson, D.M., Horwood, L. J., Swain Campbell, N. R. (2003). *Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people*. *Psychol Med*. 33(1):15-21.
- Fergusson, D.M., Horwood, L. J. (2000). *Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use?*. 95:505-20.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual. Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Graña Gómez, J.L., Muñoz Rivas, M. J. (2000). *Factores de riesgo relacionados adolescencia*. España (p. 19-32)

- Griffa, M. C. y Moreno, J. E. (2005). *Claves para una psicología del Desarrollo*. Buenos Aires: Lugar.
- Grotenhermen, F. (2003). *Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids*. Clin Pharmacokinet. 42:327-60.
- Gomella, J. F. y Jimeno, M. (2004). *A brief history of cannabis policies in Spain (1968-2003)*. The journal of drug issues. pp. 623-660.
- Harris, M., Meltzer, D. (1998). *Adolescentes*. Buenos Aires: Spatia.
- Huestis, M. A. (2005) *Pharmacokinetics and Metabolism of the Plant Cannabinoids, D-9-THC, Cannabidiol and Cannabinol*. Alemania: Springer. p.657-690.
- Hollister, L. E. (1986). *Health aspects of cannabis*. Pharmacol. Rev. 1986; 38:1-20.
- House of Lords Select Committee on Science and Technology (1998). *Cannabis: The Scientific and Medical Evidence*. London: House of Lords, The Stationary Office.
- Iglesias, V., Cavada, G., Silva, C., Cáceres, D. (2007). *Consumo precoz de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana*. Rev. Saúde Pública. España.
- Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, INAD. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y adolescentes*. Maryland: Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.

- Iversen, L. (2003). *Cannabis and the brain*. Brain. 126:1252-70.
- Konblit, A. L.; Camarotti, A. C., Di Leo, P. F. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas*. Argentina.
- Laumon, B., Gadegbeku, B., Martin, J. L., Biecheler, M. B. (2005). *Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study*. British Medical Journal. 331: 1371-1376.
- Lehalle, H. (1986). *Psicología de los adolescentes*. Barcelona: Crítica.
- López Larrosa, S. y Rodríguez Arias Palomo, L. (2010). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo*. Psicotherma, Vol. 22, N°4, 568-573.
- Lozano, I. (1997). *El uso terapéutico del cannabis sativa en la medicina árabe*. Universidad de Granada. España.
- Lundqvist, T. (2005). *Cognitive consequences of cannabis use: Comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions*. Pharmacol Biochem Behav.81:319-30.
- León, O. G. y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw-Hill. Cap IV (pp.109-127, 129) 3ª edición.
- Martínez Llanas, P. (2007). *Uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas*.

Material extraído de la página web:

<http://investigacionenpsicologiaforense.blogspot.com.ar/2007/05/uso-abuso-y-dependencia-de-sustancias.html>.

- Margulis, M. (2005). *La cultura de la noche: La vida nocturna de los jóvenes en Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos.
- Martínez Malo, J. R. (2000). *La a-dicción, un bien decir del inconsciente*. *Revista de Psicoanálisis*. Servidumbre imaginaria. Buenos Aires.
- Medina Mora, M. E. (1994): *Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas* (pp. 25-55). El Manual Moderno. México.
- Meier, M. (2013). *14th International Congress on Schizophrenia Research (ICOSR)* Presentado el 25 de Abril de 2013 en PNSA Magazine. Recuperado de: <http://www.medscape.com/viewarticle/803197>.
- Miguez, H. A, Fernández, R., Romero, M., Mansilla, J. C. (2012). *Creencias y consumo de sustancias psicoactivas en escolares de la ciudad de Córdoba*. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina. Vol. 58. N°1. pp. 3-10.
- Millan, E. G.; Wainsztein, W. (2000). *Adolescencia: una lectura psicoanalítica*. Buenos Aires: El Megáfono.
- Mora Acosta, C. (2005). *Factores protectores en la prevención de consumo de drogas en adolescentes en riesgo*. Universidad de Costa Rica. San José.
- Moral Jiménez, M., Rodríguez Días, F. J. y Sirvent Ruiz, C. (2005). *Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico*. Universidad de Oviedo e Instituto Spiral. Vol. 17 n° 2, 2005, pp. 105-120. España.

- Muñoz Rivas, M. J, Graña López, J. L. (2001). *Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de droga en adolescentes*. *Psicotherma*. Vol. 13, (Nº1) pp.87-94.
- McGuire, P. K, Jones, P., Harvey I., Williams, M., McGuffin, P., Murray R. M. (1995). *Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis-associated psychosis*. *Schizophr Res*. 15(3):277-281.
- Observatorio Argentino de Drogas y SEDRONAR (2009). *El consumo de droga como consumo cultural. La problemática del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes desde la cultura del consumo*. Argentina.
- Parra Jiménez, A. y Oliva Delgado, A. (2002). *Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia*. Universidad de Murcia. Vol. 18, nº 2 (diciembre), 215-231. España.
- Robert, P., y Lascoumes, P. (1974). *Les bandes d'adolescents, una théorie de la ségation*. Les éditions ouvrières, 2ª edición revisada. París.
- Rogers, R.D., Robbins, T. W. (2001). *Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse*. *Curr Opin Neurobiol*. 11:250-257.
- Rojas, M. C. y Sternbach, S. (1997). *Entre dos siglos: una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*. Buenos Aires: Lugar.
- Pacifici, R., Zuccaro, P., Pichini, S., Roset, P. N., Poudevida, S., Farré, M., Segura, J., De la Torre, R.(2003). *Modulation of the immune system in cannabis users*. *JAMA*. 289:1929-31.

- Pistis, M., Serra, S., Pillolla, G., Melis, M., Muntoni, A.L., Gessa, G.L. (2014). *Adolescent exposure to cannabinoids induces long-lasting changes in the response to drugs of abuse of rat midbrain dopamine neurons*. *Biol Psychiatry*. 56(2):86-94.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Turgelun Todd, D. (1995). *The residual neuropsychological effects of cannabis: the current status of research*. *Drug and Alcohol Dependence*. 38:25-34.
- Puentes, M. (2008). *Tu droga, mi droga, nuestra droga*. Buenos Aires: Lugar.
- Sidney, S. (2002). *Cardiovascular consequences of marijuana use*. *J Clin Pharmacol*. 42(11 Supl):64S-70S.
- Suarez Richards, M. (2006). *Introducción a la psiquiatría*. (p. 565-603). Argentina: Polemos. Tercera edición.
- Thomas, H. (1993). *Psychiatric symptoms in cannabis users*. *Br J Psychiatry*. 163: 141-149.
- Thomas, H. (1996). *A community survey of adverse effects of cannabis use*. *Drug Alcohol Depend*. 42: 201-207.
- Touzé, G. (2006). *Discursos, políticas y prácticas. Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires. Recuperado de: <https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/1-construccic3b3n-social-de-la-problemc3a1tica-de-las-drogas2.pdf>
- Vielva, I., Pantoja, L. y Anejón, J. A. (2001). *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no*

problemático, consumidores y no consumidores de drogas. Universidad de Deusto. Bilbao

- Verdejo García, A., López Torrecillas, F., Jiménez, C. O., Pérez García, M. (2004). *Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant, and opioid abuse.* Neuropsychol Rev.2004; 14:1-41.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M., Sonntag, H., Wittchen. *The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults.* Drug Alcohol Depend. 64: 347-361.
- Wills, T.; McNamara, G.; Vaccaro, D. y Hirky, A. (1996). *Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence.* Journal of Abnormal Psychology 105:166–180.

Anexo

Encuesta

Río Cuarto, Córdoba, Argentina. Año 2014

Título: “Factores de Riesgo y de Protección predictores de consumo de marihuana durante la adolescencia”

Nombre del establecimiento educativo:

Fecha: Año escolar:

Sexo: M F Edad:

A continuación se te hará una serie de preguntas en donde tendrás que valorar en diferentes escalas, cada uno de los interrogantes señalando con una cruz una sola opción y completar la respuesta en la línea de puntos.

GRUPO 1

PREGUNTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1a. ¿Has conocido casos de consumo de marihuana en niños?			
2b. ¿Crees que es fácil comprar marihuana?			
3b. ¿Te han ofrecido marihuana?			
4c. ¿Crees que el consumo de marihuana es una vía adecuada para solucionar problemas personales o de otra índole?			
5c. ¿Has probado marihuana?			
6c. ¿Te gusta probar ‘cosas’ nuevas?			
7c. ¿Realizas actividades recreativas al aire libre?			
8d. ¿Escuchaste hablar sobre la marihuana como sustancia legal?			
9d. ¿Escuchaste hablar sobre la marihuana como sustancia ilegal?			
10d. ¿Conocés sobre los efectos que produce el consumo de marihuana? ¿Cuáles?			

Pregunta 10:

GRUPO 2

PREGUNTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
11a. ¿Alguno de tus amigos consume marihuana?			
12b. ¿Te alientan tus amigos a consumir marihuana?			
13b. Si no consumís ¿te sentís excluido? ¿Tus amigos te dejan de lado?			
14c. ¿Es más sencillo consumir marihuana saliendo de noche a los boliches/bares?			
15c. ¿Hablás con tus amigos sobre la marihuana? ¿Qué dicen?			

Pregunta 15:

GRUPO 3

PREGUNTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
16a. ¿Podes comunicarte fácilmente con los adultos responsables que te rodean? (padres, familiares, maestros)			
17a. La convivencia con los adultos que te rodean ¿es conflictiva?			
18b. Los adultos responsables que te rodean ¿son muy exigentes a la hora de ponerte límites?			
19b. Los adultos con los que te relacionás ¿están de acuerdo con el consumo de marihuana?			
20c. Alguno de estos adultos ¿consume marihuana?			

Si deseas hacer algún comentario de la encuesta lo puedes hacer a continuación:

Comentario: _____

Gracias por tomarte el tiempo de responder a estas preguntas. Espero que las hayas encontrado interesantes. Tu colaboración es de gran utilidad.

Muchas gracias por su participación.

Valentina Zanini

Carta informativa para participantes de la investigación

La presente investigación es conducida por **Zanini Valentina**, estudiante de la carrera Lic. En Psicología, en la Universidad Empresarial Siglo 21. La meta de este estudio es la comprobación de la existencia y análisis de los factores de riesgo y el consumo de marihuana en los adolescentes de la ciudad de Río Cuarto.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

A continuación se presenta un consentimiento informado que usted deberá firmar, posterior lectura. El mismo no será entrega a nadie, y una vez concluido el estudio de investigación y aprobada la tesis, será destruido a los fines de preservar la identidad de los encuestados.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Respecto de la devolución, no habrá ningún tipo de devolución individual de los test aplicados, pero si usted desea información acerca de los resultados obtenidos en general, puede ponerse en contacto a través de e-mail en la siguiente dirección: sebariga@gmail.com y una vez finalizado el análisis de datos, y aprobado por la Comisión Evaluadora se le enviará una copia del mismo.

Desde ya se agradece su participación.

Zanini Valentina

Tesista de Lic. en Psicología

Legajo: PSI-00964

Consentimiento informado de participación en la investigación

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Zanini Valentina. He sido informado/a de que la meta de este estudio es la comprobación de la existencia y análisis de los factores de riesgo y el consumo de marihuana en los adolescentes de la ciudad de Río Cuarto.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Zanini Valentina a través de e-mail: valentinaa_zanini@yahoo.com.ar

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha