



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

**FACTORES PROTECTORES QUE INFLUYEN
EN EL CONSUMO DE CANNABIS EN
ADOLESCENTES ENTRE 15 A 18 AÑOS QUE
ASISTEN A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PÚBLICA EN LA CIUDAD DE MONTEVIDEO**

Autoras:

Melany Cruz
Valeria Labrea
Cynthia Muniz
Laura Porley
Lourdes Silva

Tutoras:

Prof. Agdo. Dr. Álvaro Díaz
Prof. Asist. Lic. Braulio Peraza

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

Montevideo, 2018



Tabla de Contenido

Glosario.....	3
Introducción.....	4-5
Pregunta Problema.....	6
Antecedentes.....	7-14
Fundamentación.....	15
Justificación.....	16-20
Objetivo General y Específicos.....	21
Marco teórico.....	22-36
Materiales y Métodos.....	37-50
Resultados.....	51-59
Análisis.....	60-64
Conclusiones y Sugerencias.....	65
Referencias Bibliográficas.....	66-69
Anexos.....	70-107

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida

ODD: Observatorio Uruguayo de Drogas

SIA: Sistema Informático del Adolescente

SNC: Sistema Nervioso Central

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Organización de las Naciones Unidas para la educación, la Ciencia y la Cultura

UNICEF: United Nations international Childrens Emergency Fund. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia

Glosario

ANEP: Administración Nacional de Educación Pública.

CDC: Centers for Disease Control and prevention. Centros para el control y prevención de enfermedades.

CETP: Consejo de Educación Técnico-Profesional.

CLAEH: Centro Latinoamericano de Economía Humana.

CLAP/SMR: Centro Latinoamericano de Perinatología/ Salud de la Mujer y Reproductiva.

FESUR: Fundación Friedrich Ebert en Uruguay.

GSHS: Global School-based student Health Survey. Encuesta mundial de salud a escolares.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INEED: Instituto Nacional de Evaluación Educativa

JND: Junta Nacional de Drogas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida.

OUD: Observatorio Uruguayo de Drogas.

SIA: Sistema Informático del Adolescente.

SNC: Sistema Nervioso Central.

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Organización de las Naciones Unidas para la educación, la Ciencia y la Cultura.

UNICEF: United Nations International Childrens Emergency Fund. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia.

⁴ Naciones Unidas. Informe Mundial Sobre las Drogas 2010 de la UNODC se abocan a una reorientación hacia el consumo de nuevas drogas y hacia nuevos usos nuevos. [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/WDR2010-PR-es.pdf [consulta: 10 nov 2018].



Introducción

El presente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, plan 1993 y corresponde a la Tesis Final de Investigación.

Dicho trabajo final consistirá en analizar la relación entre los Factores Protectores en adolescentes de 15 a 18 años que asisten a una institución pública en la ciudad de Montevideo y el consumo de cannabis.

El consumo de cannabis es milenario y siempre ha sido motivo de preocupación social, debido a sus propiedades psicoactivas, es decir, a los efectos que produce a nivel del SNC (inhibición del dolor y alteración de las percepciones y el comportamiento, entre otros).

De acuerdo con la ONU, el cannabis es la sustancia ilícita más utilizada en el mundo.¹ Sin embargo, debido a sus propiedades medicinales se quiere lograr la legalización en distintos lugares del mundo.

En nuestro país se legalizó en diciembre del año 2013, siendo el primer país del mundo en llevarlo a cabo.

Este dato hace que sea muy importante la investigación sobre su consumo y en especial en la etapa adolescente. Creemos que la adolescencia media es la más vulnerable frente al inicio de consumo de sustancias psicoactivas, porque conforma un intervalo de edades donde la pertenencia a un grupo social es de vital importancia y muchas veces esa pertenencia está asociada al consumo grupal.

¹ Naciones Unidas. Informe Mundial Sobre las Drogas 2010 de la UNODC se observa una reorientación hacia el consumo de nuevas drogas y hacia mercados nuevos. [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/WDR2010-PR-Spanish.pdf [consulta: 10 nov 2018].



Será un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, de carácter prospectivo y corte transversal, que se desarrollará en el periodo Abril 2017-Noviembre 2018. Para ello utilizaremos un instrumento de recolección de datos validado, donde se recabará información socioeconómica, psicoemocional, social y cultural de los adolescentes.

Nosotros desde nuestro rol de funcionarios de la salud y haciendo hincapié en la promoción de la salud debemos involucrarnos en el tema. Todos estamos vinculados a los adolescentes en cierta forma, algunos desde su rol en el trabajo y otros con familiares adolescentes. Por eso creemos que es fundamental la investigación que realizaremos.

Pregunta Problema

Para nuestro Trabajo de Investigación final: "Factores protectores que influyen en
¿Cómo influyen los factores protectores en el consumo de cannabis en
adolescentes entre 15 y 18 años de edad que asisten a una Institución Pública de
Montevideo?"

Las Internacionales y Nacionales con estrecha similitud en cuanto a
objetivos a identificar población, unidades y conocimiento de factores protectores
que se desprenden de los mismos.

A nivel internacional se destacan como antecedentes los siguientes trabajos de
investigación:

«Niños, niñas y adolescentes que realizan estrategias de supervivencia en
calle. Factores protectores que los mantienen alejados del uso de drogas» –
Año 2015

Lic. Ana Rodríguez (Tesis para optar al título de Magister en Políticas de Infancia y
Adolescencia para la Prevención de las Farmacodependencias, presentada en el
Instituto Universitario CLAEH)

-Las objetivos planteados fueron: conocer las habilidades sociales que permiten
manejar situaciones de consumo; identificar si el grupo de pertenencia constituye
un factor de protección; y analizar percepciones y construcciones de adultos
referentes sobre la problemática.

-Se realizaron 18 entrevistas de las cuales fueron: 12 mujeres y 4 varones entre 9
y 17 años.

-Resultados: Los factores protectores se vinculan a la capacidad de autonomía,
toma de decisiones y control afectivo.

Antecedentes

Para nuestro Trabajo de investigación final: "Factores protectores que influyen en el consumo de cannabis en adolescentes de entre 15 a 18 años que asisten a una Institución Educativa Pública en la ciudad de Montevideo"; encontramos diferentes investigaciones Internacionales y Nacionales con estrecha similitud en cuanto a objetivos a identificar, población, conductas y conocimiento de factores protectores que se desprenden de los mismos.

A nivel Internacional se destacan como antecedentes los siguientes trabajos de investigación:

- "Niños, niñas y adolescentes que realizan estrategias de sobrevivencia en calle: Factores protectores que los mantienen alejados del uso de drogas" – Año 2015

Lic. Ana Rodríguez (Tesis para optar al título de Magíster en Políticas de Infancia y Adolescencia para la Prevención de las Farmacodependencias, presentada en el Instituto Universitario CLAEH)

-Los objetivos planteados fueron: conocer las habilidades sociales que permiten manejar situaciones de consumo; identificar si el grupo de pertenencia constituye un factor de protección; y analizar percepciones y construcciones de adultos referentes sobre la problemática.

-Se realizaron 16 entrevistas de las cuales fueron: 12 mujeres y 4 varones entre 9 y 17 años.

-Resultados: Los factores protectores se vinculan a la capacidad de autonomía, toma de decisiones y sostén afectivo.



•“Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia “,Revista Latino-Americana de Enfermería, Universidad de San Pablo, Brasil – Año 2010

Medina Arias, Núbia; Carvalho Ferriani, Maria das Graças

Los objetivos planteados fueron: El análisis de los factores protectores de prevención del consumo de drogas presentes en familias con niños que asisten a Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar en un municipio colombiano.

El total de la muestra fueron 256 familias y el instrumento utilizado fue un cuestionario autoaplicado.

Resultados: Se concluyó que los factores protectores estaban directamente vinculados al entorno familiar y su funcionalidad. Los factores de riesgo también en este entorno estaban asociados al consumo de drogas lícitas

•“Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia”: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión- Año 2010

María de los Ángeles Páramo Universidad del Aconcagua, Argentina

El estudio se realizó con una muestra integrada por 23 adolescentes (de entre 15 y 20 años, de ambos sexos) y 20 adultos (padres, profesores y psicólogos de adolescentes) residentes de la ciudad de Mendoza, Argentina.

-Los objetivos planteados fueron: identificar a través de este estudio los factores de protección y de riesgo en la etapa adolescente, se discutieron los resultados en función a la temática adolescente y los datos se analizaron a través de la técnica de análisis de contenido.

-Resultados: La mayoría de las evaluaciones muestran que los programas intensivos, integrales y flexibles son los que más sirven para prevenir las

conductas de riesgo de los adolescentes y sus consecuencias. El contar con profesionales interesados, entrenados y con habilidades de liderazgo es otro elemento importante. Para ello, deben ser capaces de priorizar los mejores intereses del adolescente, y colocar en un segundo lugar su propio desarrollo profesional. Esa capacidad de entrega, es algo que los adolescentes captan rápidamente en un buen maestro o en un profesional realmente dedicado a ellos, y es lo que se espera de los adultos que trabajan con ellos.

- "Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media"- Año 2008

María Jesús Cava, Sergio Murgui y Gonzalo Musitu (Universidad de Valencia)

Se seleccionaron aleatoriamente cuatro centros educativos de la provincia de Valencia y se analizaron mediante la aplicación de un mismo modelo de ecuaciones estructurales en dos muestras de adolescentes: la primera constituida por 450 adolescentes entre 12 y 14 años, y la segunda por 203 adolescentes entre 15 y 17 años. A los cuales se les otorgó el Cuestionario de Comunicación Familiar de Barnes.

-Los objetivos planteados fueron: diferenciar factores de protección en las diferentes etapas de la adolescencia.

-Resultados: Los resultados indican que una adecuada comunicación familiar es un factor de protección en ambas muestras, mientras que una elevada autoestima social se plantea como factor de riesgo en la adolescencia media. La autoestima familiar y las actitudes hacia la autoridad del adolescente son también factores relevantes en ambas muestras.

En cuanto al ámbito Nacional podemos destacar las siguientes investigaciones:

- “VI Encuesta Nacional en hogares sobre consumo de drogas” de la JND la cual se realizó entre agosto y diciembre de 2014, a través de su OUD.

-La VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas se aplicó al rango etario poblacional de 15 a 65 años en todas las localidades del país que tuvieran de 10.000 y más habitantes. El financiamiento de la encuesta se realizó mediante fondos de la JND y de la Fundación FESUR.

-La planificación y ejecución del trabajo de campo, y la elaboración de la muestra, edición y digitalización de la base de datos fueron realizadas por el INE.

El propósito de la investigación fue conocer la magnitud o características del consumo de drogas legales e ilegales que se consume o ha consumido alguna vez. Conocer frecuencia, intensidad y problemas asociados a dicho consumo, clasificar tipo de usuarios y variables.

-Presenta también un especial enfoque en el marco de la implementación de la ley 19.172 monitorizando y evaluando la misma; como distintivo de otras ediciones se incluye en ésta un módulo específico con preguntas relacionadas con el mercado actual de la marihuana así como conocer la predisposición, expectativas y principales características de la población respecto al uso regulado de la producción, distribución y venta de cannabis.

-El estudio constituye una de las acciones fundamentales para alcanzar los objetivos planteados en la estrategia Nacional de drogas 2011/2015 de la JND.

Dicha investigación nos es de gran utilidad en el marco de nuestro trabajo de investigación actual, debido a que abarca mayor rango etario y cobertura territorial, nos proporciona una idea general sobre el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas, así como de la asociación de las mismas a los diferentes rangos

etarios. También nos proporciona datos sobre el consumo de la marihuana (en el marco de la implementación de la ley 19.172), ya que es una de las principales sustancias a ser consumidas en el rango etario que a nosotros nos interesa investigar.

- Guía: Mas información menos riesgos (11 edición) - Año 2016

-Fue editada en un principio por el Plan Nacional de Drogas de España por los autores: EDEX. J. Melero y J Pérez de Arróspide. La misma fue modificada y adaptada por la JND

-Objetivo de la Guía: Otorgar información objetiva, científica, útil para construir una actitud consciente frente al uso de sustancias psicoactivas y o drogas.

-La información es brindada de forma clara sencilla y tiene la finalidad de otorgar autonomía frente a la toma de decisiones a través del conocimiento; promover los factores de protección y reducir los factores de riesgo.

- “VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media” ,Informe de Investigación JND ,OUD.- AÑO 2014

-La población objetivo del estudio fueron (como en todas las ediciones anteriores) los adolescentes de 13 a 17 años escolarizados en enseñanza media en ciudades del país con 10.000 y más habitantes sobre la base de antecedentes; la decisión fue tomar aquellos grupos de edad de mayor relevancia teórica para el estudio. La edad de inicio de algunas drogas, que en muchos estudios la sitúan en el entorno de los 13 años, la plenitud de la adolescencia en el entorno de los 15 y el fin de la etapa de educación media a los 17 años motivaron que fueran estos los segmentos escogidos para representar a la población escolarizada.

-La garantía del anonimato estuvo dada por la modalidad de autoadministración del formulario estandarizado.

-Los objetivos fueron: conocer la situación y tendencias del consumo de drogas en esta población; opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos del uso de drogas, la prevalencia del consumo así como los factores asociados a la decisión o no de consumo. Estimar las diferentes sustancias psicoactivas, identificar las características socio demográficas y su asociación con el consumo y patrones de consumo.

-Resultados: Se observa que siete de cada diez estudiantes cree que el consumo ocasional de alcohol no tiene ningún riesgo o que estos son leves, esta misma percepción la tienen más de la mitad de los estudiantes respecto al consumo ocasional de tabaco y de marihuana. Incluso en lo que refiere al consumo frecuente de las sustancias, uno de cada siete estudiantes mantiene que consumir frecuentemente marihuana es una práctica de bajo o nulo riesgo.

En términos generales, la baja percepción del riesgo asociado a estas sustancias aumenta la probabilidad de consumirlas y se constata que para todas las sustancias la percepción del riesgo es menor entre aquellos que ya las consumieron que entre los que no las han probado.

-Resultados: Los datos obtenidos en esta edición de la OUD en Uruguay respecto al consumo de drogas de los estudiantes son coherentes con la situación epidemiológica presentada por el OUD, a la vez que permiten profundizar - avanzando un paso más - en la exploración de factores que pueden relacionarse con el consumo.

El alcohol es la droga más consumida por los estudiantes, la que se consume a una edad más temprana y la que casi en la mitad de los casos pasa a un patrón de consumo habitual. El consumo de alcohol por parte de los estudiantes no solo conlleva riesgos, como ya se señaló, respecto a asumir riesgos en la actualidad o involucrarse en problemas, tal como no usar medidas de seguridad al

•“Adolescencia: Un mundo de preguntas II Encuesta Mundial de Salud Adolescente- Año 2012

A partir del año 2001 la OMS en colaboración de UNICEF, UNESCO y ONUSIDA contando con la asistencia técnica de los CDC comenzó a desarrollar esta encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS).

-En Uruguay se realizó por primera vez en el año 2006 por lo que esta edición constituye para nuestro país la Segunda Encuesta Mundial de Salud a Escolares.

-Los objetivos fueron: obtener evidencia empírica sobre aspectos relacionados a la salud y factores de protección de estudiantes de secundaria, para prestar apoyo a los proyectos y políticas de salud de adolescentes y jóvenes y al utilizar la misma metodología realizar una mirada comparativa entre países.

-El marco muestral fue elaborado a partir de los datos proporcionados por la ANEP, se realizó en dos etapas en 50 centros del país. El cuestionario fue autoadministrado con un total de 82 preguntas que abordaban 10 módulos: Hábitos alimentarios, actividad física, salud mental, violencia y lesiones no intencionales, hábitos de higiene, comportamiento sexual, uso de tabaco alcohol y otras drogas y factores protectores.

-Resultados: Los datos obtenidos en esta edición de la GSHS en Uruguay respecto al consumo de drogas de los estudiantes, son coherentes con la situación epidemiológica presentada por el OUD, a la vez que permiten profundizar - avanzando en este sentido- en la exploración de factores que puedan relacionarse con el consumo.

El alcohol es la droga más consumida por los estudiantes, la que se consume a una edad más temprana y la que casi en la mitad de los casos pauta un patrón de consumo habitual. El consumo de alcohol por parte de los adolescentes no solo conlleva riesgos, como ya fue señalado, respecto a asumir riesgos en la actualidad o involucrarse en problemas, tales como no usar medidas de seguridad al



transportarse en vehículos o permanecer en uno cuando el conductor está bajo los efectos del alcohol, participar en peleas, faltar a clases, sentirse enfermo o discutir con su familia; sino que este consumo en etapas en que aún se desarrollan funciones cerebrales implica el aumento de la probabilidad de tener problemas en el futuro. De las drogas ilegales, la marihuana es la más consumida por los estudiantes siendo en la mayoría de los casos el consumo de tipo experimental.

Enfermería tiene su rol como licenciados, sobre el cuidado integral de estos usuarios.

Nuestro rol como Licenciado en Enfermería es el de brindar una atención integral al usuario y buscar que las personas alcancen un estilo de vida saludable. Creemos que es importante involucrarnos en la prevención del consumo de sustancias en los adolescentes y para esto es necesario conocer los factores protectores que presentan y su estrecha vinculación de estos al consumo.

Fundamentación

Como estudiantes de la Facultad de Enfermería a lo largo de la carrera hemos tenido la oportunidad de trabajar en diferentes centros de salud y servicios donde hemos observado diversas patologías asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (trastornos en la conducta, patologías psiquiátricas, entre otros). Esto nos insta a tener conocimiento e incluir una adecuada capacitación al equipo de enfermería tanto auxiliares como licenciados, sobre el cuidado integral de estos usuarios.

Nuestro rol como Licenciado en Enfermería es el de brindar una atención integral al usuario y buscar que las personas alcancen un estilo de vida saludable, creemos que es importante involucrarnos en la prevención del consumo de cannabis en los adolescentes y para esto es necesario conocer los factores protectores que presentan y su estrecha vinculación de estos al consumo.

En diciembre del 2013 con 13 votos en 15 el Senado aprobó la ley 19.172 de regularización del cannabis, ésta ley legaliza y regula la producción, distribución y tenencia, abarca el consumo recreacional, uso médico y control a nivel nacional.

Declara que los acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis promueve la debida información, educación y prevención, sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas.

¹ Uruguay. Presidencia. Junta Nacional de Drogas. VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas de estudiantes de enseñanza media. [Internet]. 2014. Disponible en:

<https://www.gub.uy/index.php/ind/fin/fin/2014>

01/96_Encuesta_Nacional_Consumo_Drogas_Estudiantes_Enseñanza_Media.pdf [consultar: 13 Feb 2018]

² Uruguay. Presidencia. Junta Nacional de Drogas. VI Encuesta de Drogas sobre consumo de drogas. [Internet]. 2014. Disponible en:

https://www.gub.uy/index.php/ind/fin/fin/documentos/evolucion/01/96_01_encuesta_drogas_01/96_01.pdf [consultar: 13 Feb 2018]

Justificación

El tema elegido para la Tesis Final de Investigación surge del aumento significativo en el consumo y la adicción a las drogas en la población adolescente; se busca a través de la misma evaluar cuales son los factores protectores que fortalecen la salud mental de dicha población.

Tomando en cuenta las encuestas de 2014 para quienes consumieron marihuana en el último año la demanda constante viene en aumento y demuestra que los adolescentes tienen protagonismo en ésta tendencia principalmente en Montevideo.²

Uruguay presenta el consumo de marihuana más alto de Sudamérica según el informe mundial sobre drogas de 2016.³

Ley 19.172

En diciembre del 2013 con 13 votos en 16 el Senado aprueba la ley 19.172 de regularización del cannabis, ésta ley legaliza y regula la producción, distribución y tenencia, abarca el consumo recreacional, uso médico y científico a nivel nacional.

Declara que las acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis promueve la debida información, educación y prevención, sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas.

² Uruguay. Presidencia. Junta Nacional de Drogas. VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas de estudiantes de enseñanza media. [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.gub.uy/jnd/sites/jnd/files/2018-01/VI_Encuesta_Nacional_Consumo_Drogas_Estudiantes_Ense%C3%B1anza_Media.pdf [consulta: 13 feb 2018].

³ Uruguay. Presidencia. Junta Nacional de Drogas. VI Encuesta en Hogares sobre consumo de drogas. [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.gub.uy/jnd/sites/jnd/files/documentos/publicaciones/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf [consulta: 13 feb 2018].



Establece que el Estado asumirá el control y la regulación de las actividades de importación, plantación, cultivo, cosecha, producción y adquisición a cualquier título, almacenamiento, comercialización y distribución de cannabis y sus derivados o cáñamo cuando correspondiere.

Tiene por objetivo disponer medidas tendientes al control y regulación del cannabis y aquellas que buscan educar, concientizar y prevenir a la sociedad de los riesgos para la salud y además, proteger a los habitantes del país de los riesgos que implica el vinculo con el comercio ilegal y el narcotráfico.

Crea el IRCCA como Instituto de regulación y control del cannabis para regularla y además fiscalizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley a su cargo, éste tiene como competencia determinar y ejecutar sanciones a personas u organismos que infrinjan las normas establecidas, se financia por medio de las multas y sanciones así como la recaudación por concepto de licencia y permisos.

Tendrá también a su cargo una unidad especializada en evaluación y monitoreo de carácter independiente y técnico, emitirá informes anuales remitidos a la Asamblea general y organismos competentes.

Recomendaciones del IRCCA

Los estudios demuestran que comenzar con el uso del cannabis a una edad temprana, principalmente antes de los 16 años, aumenta los riesgos de una variedad de efectos nocivos para la salud. Un factor que contribuye puede ser el impacto del consumo de cannabis en el desarrollo del cerebro, el cual no está completo hasta mediados de los 20 años.

Cuanto menor es la edad de una persona al comenzar a consumir cannabis, mayor es la probabilidad de desarrollar problemas de salud, los cuales también son más graves. Por lo tanto, se recomienda diferir el consumo de cannabis al menos hasta después de la adolescencia.

Informe de Regulación y Consumo de Cannabis, Consumo de cannabis y salud. Reporte de IRCCA. <https://www.ircca.gub.uy/portal/informacion/temas/> (Consulta: 5 de mayo 2018).

El inicio precoz del consumo de cannabis se asocia con múltiples efectos adversos de salud y sociales en la vida adulta joven. Esto puede deberse en parte a que el uso frecuente de cannabis afecta al cerebro en desarrollo. Los mensajes de prevención deben enfatizar que, cuanto más tarde se inicie el consumo de cannabis, menores serán los riesgos de efectos adversos sobre la salud y el bienestar general del usuario a lo largo de su vida.⁴

Condiciones para adquirir Cannabis en Farmacia

Están en condiciones de registrarse como Adquirentes en Farmacia todas las personas capaces y mayores de 18 años, con ciudadanía uruguaya legal o natural o con residencia permanente debidamente acreditada.

Para adquirir Cannabis en Farmacia los interesados deben previamente inscribirse en los locales habilitados del Correo Uruguayo debiendo presentar cédula de identidad y constancia de domicilio. En el local se registrarán las huellas dactilares de ambas manos y se relevarán 5 datos básicos con fines estadísticos.

El M.S.P está implicado en la regularización de la sustancia y sus derivados con fines medicinales, terapéuticos y científicos, para el acceso a este derivado se requiere receta médica.

Ésta medida se toma como un paso en política alternativa a la guerra contra las drogas se prevé entonces que la cadena de producción, venta y consumo de cannabis esté fuertemente controlada por el Estado.

Según datos mundiales de Educación: "Son principios fundamentales de la educación pública la libertad, gratuidad y obligatoriedad, tal como fueron reconocidos por la Ley de Educación de 1876."

Ministerios involucrados en la regulación

-M.G.A.P: tendrá a su cargo la regularización de la producción de cáñamo.

-S.N.I.S: la salud y educación a la población.

⁴ Instituto de Regulación y Consumo de Cannabis. Consumo de cannabis y salud. Disponible en: <https://www.ircca.gub.uy/pautas-reduccion-riesgos/> [consulta: 5 nov 2018].

-M.E.C- S.N.E.P se implementan políticas y dispositivos pertinentes para la promoción de la salud y prevención del uso problemático del cannabis.

Como política educativa los planes de estudio: de primaria, secundaria, formación técnica profesional, formación docente y Universidad tecnológica se incluiría la "Prevención del uso problemático de drogas".

Será de inclusión obligatoria en los mismos planes de estudio e incorpora también espacios especialmente destinados a la educación vial.⁵

Actualmente el equipo de Prevención de la Junta Nacional de Drogas viene desarrollando talleres de "Transferencia metodológica de herramientas para la prevención del uso problemático de drogas en adolescentes y jóvenes" en la comunidad educativa. Esta línea de trabajo está dirigida a docentes y técnicos. Estas propuestas brindan herramientas para el abordaje de la problemática del consumo de drogas desde una perspectiva de derechos humanos, promoción de salud, reducción de riesgos y daños y busca reforzar los vínculos socio-afectivos de los adolescentes por sobre las sustancias.

Es indispensable la identificación de los factores que pueden modificarse y/o mejorar, y así minimizar el impacto y la probabilidad de daños.

Debido a las características de la educación pública y la accesibilidad que esto genera a la población en general, determinamos realizar nuestra Tesis Final de Investigación en una Institución Pública.

Según datos mundiales de Educación: "Son principios fundamentales de la educación pública uruguaya la laicidad, gratuidad y obligatoriedad, tal como fueron proclamados por José Pedro Varela en la reforma de 1876."

⁵ Regulación y control del cannabis. Ley N° 19172 de 07 enero de 2014. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19172-2013> [consulta: 5 nov 2018].



“En la Constitución de la República se establece la obligatoriedad de la educación primaria y de la enseñanza media, agraria o industrial. Asimismo, se establece la gratuidad de la educación desde el nivel primario hasta el terciario.”⁶

A través de nuestra investigación podremos estudiar a la población adolescente que asiste a una Institución Pública en Montevideo y valorar éstos factores que intervienen positivamente o negativamente en cuanto al consumo y/o adicción a las drogas. Debido a que la edad a estudiar será entre 15 a 18 años nos insertaremos en la Educación Secundaria; específicamente en la Educación Media Superior.

Según datos publicados por el INEED: “El ciclo básico es obligatorio para el grupo de edad comprendido entre los 12 y 14 años. Puede cursarse en la modalidad general y en la modalidad tecnológica. El ciclo superior o Bachillerato es también obligatorio según la Ley de educación de 2008 para los jóvenes de edades entre 15 y 17 años.

De los alumnos que concurren a educación media superior, 64% lo hacen a liceos públicos, 11% a liceos privados y 25,1% a centros del CETP”.

Por lo cual se destaca que la mayoría de los estudiantes en Uruguay están insertos en la Educación pública.

⁶ Uruguay. Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Informe sobre el estado de la educación 2015-2016. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.ineed.edu.uy/nuestro-trabajo/informe-sobre-el-estado-de-la-educacion-2015-2016.html> [consulta: 15 abr 2018].

Objetivo General

Identificar los factores protectores en la población adolescente y su influencia en el consumo de cannabis en una encuesta realizada en el mes de Noviembre del 2018 en una Institución Educativa Pública en la ciudad de Montevideo.

Objetivos Específicos

- 1) Aplicar un instrumento para caracterizar la población objetivo.
- 2) Analizar los distintos factores protectores presentes en los adolescentes.
- 3) Determinar la relación existente entre dichos factores y el consumo de cannabis.

Concepto de Salud-Enfermedad

Según Leionis: "La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra el elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. En la parte media de este continuo o equilibrio homeostático se encuentran la mayoría de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que es muy difícil distinguir lo normal de lo patológico."

¹ Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.wco.int/wco/en/consultas/consultas/17may2017>

Marco teórico

Consideramos que para comprender la problemática de las drogas en los adolescentes, debemos conocer los conceptos básicos en salud:

Concepto de Salud:

Según la OMS: “Es un proceso que constituye un producto social que se constituye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccionar.

El estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.”⁷

Teniendo claro este concepto, podemos deducir que la salud de un individuo no es constante, sino que varía a lo largo de su vida, alternándose con la enfermedad. Por lo cual hacemos referencia al;

Concepto de Salud- Enfermedad:

Según Lalonde: “La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. En la parte media de este continuo o equilibrio homeostático se encontraría la mayoría de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que es muy difícil distinguir lo normal de lo patológico.”

⁷ Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/suggestions/faq/es/> [consulta: 17 may 2017].

“La multicausalidad en el proceso de salud-enfermedad (determinantes de la salud), explica que estas se encuentran determinadas por cuatro grandes factores que van más allá de la ausencia de síntomas: estilo de vida, biología humana, sistema sanitario y medio ambiente.”⁸

Silvia Mellá define a la Salud Mental: “Como un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos constitutivos, constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, espaciales e integrados progresivamente, con crisis previsibles e imprevisibles, regulables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su ambiente social.”⁷

El campo de la salud mental precisa constituirse como tal, complejo y multidisciplinario que admita la comprensión de la subjetividad, de la individualidad y de la diferencia entre lo individual y colectivo y entienda el conflicto en el cotidiano de las instituciones y de la sociedad, que abra la mirada hacia el amplio campo de la vida social y advierta sus interrelaciones saludables y perjudiciales.

Según la III Jornada en Salud Mental: “Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes físicos, socio económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona, es decir, que las personas no pueden ser dañadas y reducir la vida de una persona en relación a una clasificación psiquiátrica.”⁹

Como profesionales del área de la salud, debemos de reconocer las intervenciones que podemos realizar, de acuerdo al nivel de salud en el que nos encontramos.

⁷ Mellá S. comp. Enfermería en salud mental: conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del Libro de FOUA, 2005.

⁸ Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. [Internet]. 1981. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [consulta: 18 may 2017].

Para el completo bienestar necesitamos considerar al individuo como un ser biopsicosocial, por lo que su salud mental, es determinante en la problemática de la drogadicción.

Salud mental:

Silvia Meliá define a la Salud Mental: " Como un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos, constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración progredientes; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social."⁹

El campo de la salud mental precisa constituirse como tal, complejo y multidisciplinario que admita la comprensión de la subjetividad, de la singularidad y de la diferencia entre lo individual y colectivo, que entienda el conflicto en el cotidiano de las instituciones y de la sociedad, que abra la mirada hacia el amplio campo de la vida social y advierta sus interrelaciones saludables y perjudiciales.

Según la III Jornada en Salud Mental: "Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona, es decir, que las personas no pueden ser definidas y reducir la vida de una persona en relación a una clasificación psiquiátrica."¹⁰

Como profesionales del área de la salud, debemos de reconocer las intervenciones que podemos realizar, de acuerdo al nivel de salud en el que nos encontremos.

⁹ Meliá S, comp. Enfermería en salud mental: conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Ofician del Libro FEFMUR; 2005.

¹⁰Jornadas Internacionales de Salud Mental. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.derecho.uba.ar/derechoaldia/notas/iii-jornadas-internacionales-de-salud-mental/+4744> [consulta: 8 nov 2018].

Atención Primaria de Salud:

Según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978: “Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”¹¹

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.”

Niveles de prevención:

“Se enfocan en preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Siguiendo el esquema de la OMS se definen tres niveles de prevención:

Primer Nivel: Disminuir la incidencia de una enfermedad en la población, reduciendo el riesgo de aparición de casos nuevos .Abarca la promoción a la salud y la protección específica.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de set. 1978. [Internet]. 1978. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html> [consulta: 10 jul 2017].

Segundo Nivel: Disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo la evolución y duración de esta. Abarca el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

Tercer Nivel: Disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población reduciendo al mínimo las invalideces funcionales consecutivas a la enfermedad. Abarca la rehabilitación y la reinserción social.”¹²

Dado que nuestra población de estudio se encuentra entre los 15 y 18 años consideramos importante definir adolescencia y las etapas que engloba conjuntamente con sus características para comprender su comportamiento (factores de riesgo y protectores).

Concepto de Adolescencia:

Según el Tratado de Enfermería de la Infancia y la Adolescencia: La adolescencia se puede definir como el período de crecimiento físico y psicosocial que marca la transición de la infancia a la edad adulta. El término pubertad se aplica a los procesos biológicos que tienen como fin el alcanzar la capacidad reproductiva.

La adolescencia se inicia en la pubertad pero no existe acuerdo para fijar su límite superior que vendría señalado en el momento en el que el individuo ha alcanzado la completa madurez física, psíquica y social. Muchos autores consideran que la adolescencia termina a los 18 años.

Sin embargo las condiciones sociales actuales, con alargamiento del período de estudios y retraso en la incorporación al mundo laboral, dificultades para conseguir vivienda, explican que hasta una edad avanzada (por encima de los 25-30 años), la mayoría de los jóvenes no se emancipan de su familia, prolongándose la adolescencia (la adolescencia eterna). Teniendo en cuenta todo

¹² Organización Mundial de la Salud. La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca: informe sobre la salud en el mundo. [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf [consulta: 10 jun 2017].

ello se ha propuesto que el período de adolescencia se amplíe hasta los 21 incluso hasta los 24 años de edad.”¹³

Funes (1990): “Plantea que el adulto contemporáneo le ha tocado protagonizar un gran desafío; ante la existencia de las drogas, debe ayudar a los adolescentes a transitar por este mundo sin destruirse. La características particulares de la adolescencia como etapa del desarrollo emocional, en su proceso de estructuración psíquica, colocan a los adolescentes en situación de vulnerabilidad en contexto de riesgo de diversa naturaleza.

Maciá (1995): “La búsqueda de autonomía e identidad son elementos definidores de esta etapa. el proceso se va a ver favorecido o no por la historia previa, por el apoyo o falta de apoyo y comprensión de su familia, por la existencia o no de problemas en ella, por los grupos de amigos, etc.”

Dentro de la adolescencia se pueden distinguir tres etapas, se detallarán la Adolescencia media y tardía debido a que nuestra investigación está enfocada en las edades de 15 a 18 años.

- Adolescencia media:

Entre los 15 a los 17 años, caracterizada sobre todo por los conflictos familiares debido a la importancia que adquiere el grupo.

Es el periodo de rápido crecimiento cognitivo cuando emergen pensamientos operacionales formales. Los adolescentes comienzan a entender conceptos abstractos y pueden cuestionar los juicios de los adultos. El individuo entonces se conecta del mundo egocéntrico del adolescente temprano, al mundo socio céntrico del adolescente medio y tardío y comienza a modular su conducta impulsiva.

¹³ Díaz N, Gómez C, Ruiz M. Tratado de enfermería de la infancia y adolescencia. Madrid: McGraw-Hill; 2006. vol 1.



Un tipo peculiar de egocentrismo es producido por la interacción entre la capacidad de tener en cuenta sus propios pensamientos y la preocupación de la metamorfosis que está operándose.

Los adolescentes tienden a suponer que otros se sienten tan fascinados por ellos y su conducta como ellos mismos. No aciertan a distinguir entre los intereses personales y las actitudes de otros. Tienden a anticipar las reacciones de quienes le rodean; suponen que los demás los aprueban o critican con la misma fuerza que ellos mismos se aprueban o critican.

Les inquieta más que a los niños menores, la posibilidad de que otras personas descubran sus deficiencias.

Como no están seguros de su identidad interna reaccionan de manera exagerada frente a las opiniones ajenas al tratar de averiguar lo que realmente son. Están ensimismados en ellos, creen que sus emociones son exclusivas, que nadie ha conocido ni conocerá sufrimiento o éxtasis tan profundo. Dentro de este mundo propio, ensimismado, egocéntrico, cree que se le debe eximir de las leyes ordinarias de la naturaleza y que vivirán para siempre lo que los induce a tomar riesgos innecesarios comunes en este periodo.

Es el periodo más turbulento. Es la guerra total. Es aquí cuando no sabe definir en su deseo de autonomía si se arregla o vive desarreglado, si inicia la etapa de independencia pero continúa con la dependencia infantil, si debe iniciar su vida sexual o debe abstenerse, si empieza a comer o más bien inicia las dietas.

Puede entrar en una etapa de estudio intenso o por el contrario niega cualquier tarea de conocimiento. Puede manifestar el deseo fuerte de una expresión artística o por el contrario dejar las manifestaciones que tenía en su etapa infantil.

Puede presentar una etapa de extrema pereza, de aislamiento, de rudeza, puede iniciar el contacto con las drogas. Todos los valores culturales son analizados y criticados y aun reevaluados hasta grados de ser intolerables para los adultos.

- Adolescencia tardía:

Desde los 18 a 21- 24 años según los diferentes criterios, caracterizada por la re aceptación de los valores paternos y por asumir las tareas y responsabilidades de la madurez.

Se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del adolescente a la edad adulta: adquirir una independencia respecto a los padres; tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo; relación con los amigos y adopción de estilos de vida; y establecer una identidad sexual, vocacional, moral y del yo.”

Características psicosociales en adolescentes:

Plantea que existen grandes diferencias individuales, podemos destacar como principales características de la adolescencia las siguientes:

- Cambios de comportamiento: La adolescencia temprana es la edad de los ideales, los sentimientos de omnipotencia y la impulsividad. A medida que va madurando el adolescente se hace más estable y realista.

- Preocupación por la imagen corporal: Los rápidos cambios corporales que ocurren en la pubertad hacen que el adolescente experimente inseguridad y una gran preocupación por su aspecto físico.

Con el tiempo se produce una aceptación progresiva y un intento de hacerse más atractivo, adquiriendo entonces una gran importancia los vestidos y el arreglo personal.

- Necesidad de independencia del medio familiar: Esto le lleva a comportamientos antagónicos y a conflictos con sus padres, sobretodo en la adolescencia temprana.

La nicotina tiene un carácter altamente adictivo, lo que impide que menos del 5%

- Importancia de los amigos: El grupo de amigos ejerce una influencia muy importante en la conducta del adolescente, su forma de vestir, su preferencia por un determinado tipo de música y su actitud hacia el tabaco, alcohol y otras drogas.

La adicción a la nicotina aparece tras varios intentos de hacer el hábito de

- Mayor riesgo de problemas de salud mental: La necesidad de adaptarse a los rápidos cambios físicos y psicosociales que se experimentan en la adolescencia la convierten en un período de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental, especialmente trastornos depresivos. Los accidentes repetidos pueden tratarse de suicidios no reconocidos.

En el adolescente la depresión también se puede manifestar por trastornos en la conducta alimentaria. Por último el consumo de drogas puede representar para el deprimido un intento de escapar del ánimo triste en que se encuentra. En estas circunstancias en las que el cuadro depresivo se suma al abuso de alcohol u otras drogas, el riesgo de suicidio es elevado.

- Mayor riesgo de accidentes de tráfico: Los accidentes de tráfico constituyen la principal causa de muerte y de minusvalía en los adolescentes. Su alta incidencia en este grupo se debe en parte por la falta de experiencia en la conducción y la tendencia a adoptar conductas de riesgo. La conducción nocturna y la escasa utilización del cinturón de seguridad incrementan las posibilidades de sufrir lesiones graves.

- Hábitos tóxicos: En la actualidad el 60 % de los adolescentes fuma y el 50% bebe alcohol. Las compañías tabaqueras y de bebidas alcohólicas ejercen gran presión para aumentar las ventas, dedicando mucho dinero y recursos a la

publicidad, generalmente a través de mensajes que relacionan el éxito profesional, la emancipación y la madurez con el consumo de tabaco y alcohol.

La nicotina tiene un carácter altamente adictivo, lo que implica que menos del 5% de los fumadores que intentan abandonar este hábito lo consiguen y que alrededor del 50 % de los fumadores que han sufrido infarto de miocardio, cáncer de laringe o de pulmón reinciden en el hábito.

La adicción a la nicotina aparece tras varios meses de haber iniciado el hábito de fumar. Si en esta etapa inicial cuando el adolescente comienza a fumar se le ofrece la ayuda adecuada se le será más fácil dejarlo.”

Este estado hace necesario el uso prolongado de la sustancia si se desea evitar el síndrome de abstinencia, que surge desde el punto de vista clínico según el tipo de droga.¹⁴

Droga:

Es toda sustancia química capaz de producir un efecto que altera una o más funciones del organismo. Su acción psicológica la ejerce sobre la conducta, la percepción y la conciencia.

Abuso de sustancias:

La sustancia permite la ejecución de una función que estaría sufriendo una inhibición. Se abusa de la sustancia cada vez que se encuentra en una situación social determinada y se presenta una oportunidad. Hay frecuencia en el consumo y habría una predisposición psicológica que conduce al abuso en un contexto que lo facilita.

¹⁴ Salud y Psicología: Toxicomanías y drogadicción. [Internet]. Disponible en: <http://www.sanpsicologia.com/2011/05/27/abuso-de-la-drogas-que-constituyen-una-adiccion-16-05-2011/>

Toxicomanía o drogadicción:

“Estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de una droga, con las siguientes características:

Deseo o compulsión de seguir consumiendo la droga (dependencia psíquica)

Tendencia a aumentar la dosis (fenómeno de tolerancia)

Dependencia por lo general física: existe un estado fisiológico modificado; dado que el estado de dependencia psíquica ha sido sobrepasado realizándose una modificación fisiopatológica a nivel de la misma célula nerviosa, ocasionada por la repetida administración de un producto a lo largo de un lapso más o menos extenso.

Este estado hace necesario el uso prolongado de la sustancia si se desea evitar el característico síndrome de abstinencia, distinto desde el punto de vista clínico según el tipo de droga.”¹⁴

Droga:

Es toda sustancia química capaz de producir un efecto que altera una o más funciones del organismo. Su acción psíquica la ejerce sobre la conducta, la percepción y la conciencia.

Abuso de sustancias:

La sustancia posibilita la ejecución de una función que estaría sufriendo una inhibición. Se acude a la sustancia cada vez que se encuentra en una situación social determinada y se presenta una oportunidad. Hay frecuencia en el consumo y habría una predisposición psicológica que conduce al abuso en un contexto que lo facilite.

¹⁴ Salud y Psicología. Toxicomanía y drogadicción. [Internet]. Disponible: <http://www.saludypsicologia.com/posts/view/37/name:De-la-drogadiccion/redirect:1> [consulta: 16 abr 2018].

Dependencia:

Es el uso patológico de sustancias psicoactivas. En la dependencia hay una conducta reiterativa ya que la sustancia es exclusiva y necesaria. Se vive por y para la droga. Siempre está el impulso irrefrenable por consumir. Se pierde el control sobre los actos y no se puede asumir las actividades socialmente aceptadas. Aparecen los síntomas de abstinencia (ante la falta aparece la ansiedad y angustia) y tolerancia (aumenta la dosis para conseguir los efectos iniciales)

Dependencia a sustancias:

Si bien todos los adolescentes transcurren por las mismas etapas, no todos llegarán a presentar una adicción o dependencia, por lo cual podemos asociar a estos comportamientos ciertas conductas que de alguna forma alejan a los adolescentes del consumo, y por el contrario otras conductas que los acercan.

Consumo problemático:

Dependencia a un objeto vivo o inerte cuya privación provoca el síndrome de abstinencia psíquico y físico. En el consumo problemático la sustancia se convierte en algo de interés primario para la vida de la persona que consume.

Se caracteriza por la habitualidad en el consumo, la necesidad y la perentoriedad. Produce modificaciones en el comportamiento y un impulso irrefrenable de consumir la sustancia. El consumo puede ser continuo o periódico. Se consume para experimentar los efectos psíquicos y/o para evitar el malestar producido por su privación.

Se evidencia poca tolerancia a la frustración y poca capacidad de espera. Es un intento fallido de resolución y salida a los problemas que puede ser mortal. Es un fenómeno multifactorial. Es una enfermedad crónica, progresiva y terminal.

Factores protectores:

Donas Burak plantea que: "Un aspecto de la conducta personal o estilo de vida, exposición ambiental o una característica innata o heredada, la cual, sobre la base de evidencia epidemiológica, se conoce por estar asociada con la prevención o mitigación de una condición relacionada con salud, se considera importante para prevenir.

Plantea que existen 2 tipos de factores protectores: los de amplio espectro; o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos, y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo.

Dentro de los factores de amplio espectro nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado, locus de control interno bien establecido, sentido de la vida elaborado, permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia.

Como factores protectores específicos encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos), no tener relaciones sexuales o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, SIDA); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema).¹⁵

¹⁵ Universidad de Guanajuato. (México). Factores determinantes del individuo y comunidad. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-2-factores-determinantes-a-la-salud-del-individuo-familia-y-comunidad/> [consulta:16 abr 2018].

Tipos de factores protectores

- **Factores personales:** Los factores personales son aquellos ligados al temperamento, particularidades cognitivas y afectivas, siendo la autoestima una fortaleza emocional en el desarrollo de destrezas sociales que le permiten ostentar un pensamiento positivo y capacidad de resolución de problemas; un buen manejo de habilidades sociales son necesarias en el manejo del estrés y sentimientos de control que requiere un individuo para un enfrentamiento adecuado frente a las presiones cotidianas.

- **Factores familiares:** La familia aun con los cambios trascendentales que ha experimentado, sigue siendo aquella célula vital donde se fomenta y provee a sus miembros los recursos necesarios para hacer un mejor afrontamiento frente a las crisis.

Una familia que fomenta valores en la educación de sus hijos, actitudes adecuadas en el manejo del estrés, la calidez y una comunicación sana son factores fundamentales que dinamizan la funcionalidad familiar. Un ambiente cálido sin ningún tipo de maltrato ni violencia, donde exista la presencia de padres que estimulen y protejan desde su sistema conyugal y parental, favorecer la armonía y mantener recursos protectores atenuantes frente a los riesgos.

- **Factores socioculturales:** Las relaciones entre iguales y la influencia de la comunidad son potenciadores del carácter de un individuo: la música, el deporte y la forma de vestir son características que el individuo integra, asocia y las toma para sí, según sea su carácter y el deseo de apropiarse de lo que el medio le brinda.”

¹⁴ Delamón-Buadín, Diana Fabín, Pardo Martha, Martínez Gerardo, Zozaya Trohena, Marcelino Malado. Sistema informático del adolescente (SIA): Historia clínica del adolescente y familiares complementarios: instrucciones de manejo y definición de términos. Informa, 2010. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&layout=publicacion&Itemid=171-sistema-informatico-del-adolescente-&Itemid=21&lang=es [consulta: 16 abr 2018]

Sistema Informático del Adolescente:

“El Sistema Informático del Adolescente (SIA) es una herramienta que tiene por principal objetivo mejorar la calidad de la atención de los adolescentes en los servicios de salud, a partir de un abordaje integral, y promoviendo prácticas que contribuyan a brindar una atención de calidad. Pretende a su vez favorecer el conocimiento epidemiológico, la evaluación y el desarrollo de programas, acorde a las necesidades de salud del grupo.”¹⁶

Muestra no probabilística por conveniencia.

Tamaño de la muestra:

Se incluirá a todos los adolescentes entre 15 a 18 años que estén cursando 1 año de bachillerato en la Institución Pública. Se elegirán los grupos por conveniencia (de acuerdo a la cantidad de grupos se deberá abarcar un 30% del total).

Criterios de inclusión y Exclusión

-Se incluirá a los adolescentes que sean menores de 15 años o mayores de 18 años.

-Se incluirá a todos los adolescentes que sean del grupo elegido pero que no asistan ese día la Institución.

-Se incluirá a todos aquellos adolescentes que hayan presentado el consentimiento informado firmado por sus padres.

-Se incluirá a los adolescentes que estén cursando 1 año de bachillerato en la Institución y que además cumplan con los rangos de edades.

¹⁶Belamendia Mirtha, Durán Pablo, Penzo Martha, Martínez Gerardo, Bazano Mariella, Maddaleno Matilde. Sistema Informático del Adolescente (SIA): historia clínica del adolescente y formularios complementarios: instrucciones de llenado y definición de términos. [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=191-sistema-informatico-del-adolescente-sia&Itemid=219&lang=en [consulta: 16 abr 2018].



Universo y muestra

La investigación se llevará a cabo en una Institución pública en la ciudad de Montevideo. Debido a que se recabará la información de los adolescentes de entre 15 y 18 años, se trabajará con los grupos de 1 año de bachillerato que concurren a dicho centro en el horario de la mañana.

Diseño de la muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Tamaño de la muestra

Se incluirá a todos los adolescentes entre 15 a 18 años que estén cursando 1 año de bachillerato en la Institución Pública. Se elegirán los grupos por conveniencia (de acuerdo a la cantidad de grupos se deberá abarcar un 30% del total).

Criterios de Inclusión y Exclusión

- Se excluirá a los adolescentes que sean menores de 15 años o mayores de 18 años.
- Se excluirá a todos los adolescentes que sean del grupo elegido pero que no asistan ese día la Institución.
- Se incluirá a todos aquellos adolescentes que hayan presentado el consentimiento informado firmado por sus padres.
- Se incluirá a los adolescentes que estén cursando 1 año de bachillerato en la Institución y que además cumplan con los rangos de edades.



Análisis de validez y confiabilidad de los instrumentos

Para realizar nuestro instrumento nos basamos en 2 instrumentos validados: el SIA (Sistema Informático del Adolescente) y la VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media realizada en el año 2014 por la Junta Nacional de Drogas.

Se realizó un cuestionario cerrado basándonos en éstos 2 instrumentos validados previamente; se ajustó las variables que correspondían con los factores protectores a trabajar y se organizaron las variables en subgrupos para la mejor comprensión de la población a la cual va dirigida. Se decidió investigar solamente el consumo de cannabis; por lo cual se modificó esa parte del Instrumento de la Junta Nacional de Drogas.

- **EDAD:**
 - 15 a 18 años
- **NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR:**
 - Vivienda Propia
 - Vivienda de alquiler
 - Agua potable
 - Energía eléctrica
 - Hacinamiento
 - Apoyo social o subsidio
 - Trabajo Estable
 - Trabajo no estable

Diseño metodológico

El estudio será cuantitativo, descriptivo de corte transversal para determinar los factores protectores que influyen en el consumo de cannabis de los adolescentes de entre 15 y 18 años que asisten a una Institución Pública de la ciudad de Montevideo.

VARIABLES

Las variables a estudiar en este proyecto serán:

- **GENERO:**

- Género que se defina el estudiante

- **EDAD:**

- 15 a 18 años

- **NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR:**

- Vivienda Propia
- Vivienda de alquiler
- Agua potable
- Energía eléctrica
- Hacinamiento
- Apoyo social o subsidio
- Trabajo Estable
- Trabajo no estable

- **TIPOS DE FAMILIA:**
 - Nuclear
 - Extensa
 - Monoparental
 - Otros

- **NIVEL DE INSTRUCCIÓN PADRES/RESPONSABLES:**
 - Primaria Completa
 - Primaria Incompleta
 - Secundaria Completa
 - Secundaria Incompleta
 - Terciaria Completa
 - Terciaria Incompleta
 - Técnico Profesional Completo
 - Técnico Profesional Incompleto

- **VIDA SOCIAL:**
 - Aceptación
 - Percepción del adolescente hacia su familia
 - Pareja
 - Amigos
 - Actividad física
 - Juegos y redes virtuales

- **SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL:**
 - Percepción imagen corporal
 - Estado de Ánimo
 - Referente adulto
 - Proyectos a futuro
 - Redes sociales de apoyo

CI • **HÁBITOS:** N DE LAS VARIABLES GENERALES

- Sueño normal
- Alimentación adecuada

Variable Cuantitativa discreta

• **DROGA:**

- Cannabis

-Definición Conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.

-Definición Operacional: Edad del adolescente encuestado en el Centro Educativo Público en la ciudad de Montevideo en el periodo de Noviembre 2018.

• **MOTIVO DEL CONSUMO:**

- Por experimentación
- Por moda
- Por gusto personal
- Por pertenencia a un grupo
- Tristeza/ depresión
- No sabe/no contesta

Variable Cualitativa Nominal

-Definición Conceptual: El género se refiere a las formas como somos socializados, como nos comportamos y actuamos tanto hombres como mujeres, se refiere también a la manera cómo estos roles que asumimos, usualmente estereotipados, son interiorizados, procesados y reforzados a lo largo de nuestra vida.

-Definición Operacional: Género determinado por el adolescente encuestado en el Centro Educativo Público en la ciudad de Montevideo en el periodo de Noviembre 2018.

-Clasificación:

-Lo determinará el estudiante no se pondrán opciones.

-Fuente: Cuestionario

CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES GENERALES

- **Edad**

Variable Cuantitativa discreta

-Definición Conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.

-Definición Operacional: Edad del adolescente encuestado en el Centro Educativo Público en la ciudad de Montevideo en el período de Noviembre 2018.

-Clasificación:

-15 a 18 años

-Fuente: Cuestionario

- **Género**

Variable Cualitativa Nominal

-Definición Conceptual: El género se refiere a las formas como somos socializados, como nos comportamos y actuamos tanto hombres como mujeres; se refiere también a la manera cómo estos roles que asumimos, usualmente estereotipados, son interiorizados, procesados y reforzados a lo largo de nuestra vida.

-Definición Operacional: Género determinado por el adolescente encuestado en el Centro Educativo Público en la ciudad de Montevideo en el período de Noviembre 2018.

-Clasificación:

-Lo determinará el estudiante no se pondrán opciones.

-Fuente: Cuestionario

- **Nivel Socioeconómico**

Variable Cualitativa Ordinal Dicotómica

-Definición Conceptual: Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.

-Definición Operacional: Identificación del nivel socioeconómico familiar del adolescente encuestado (de 15 a 18 años) en el Centro Educativo Público en la ciudad de Montevideo en el período de Noviembre 2018.

-Clasificación:

SI: 1 o NO: 0

- Vivienda Propia
- Vivienda de alquiler
- Agua potable
- Energía eléctrica
- Hacinamiento
- Apoyo social o subsidio
- Trabajo Estable
- Trabajo no estable

-Fuente: Cuestionario



- **Tipo de Familia**

Variable Cualitativa Ordinal Dicotómica

-Definición Conceptual: Clasificación estructural de los integrantes de la familia.

-Definición Operacional: Identificación de la estructura familiar del adolescente encuestado (de 15 a 18 años) en el Centro Educativo Público en la ciudad de Montevideo en el período de Noviembre 2018.

Clasificación:

SI: 1 o NO: 0

- Nuclear
- Extensa
- Monoparental
- Otros

Fuente: Cuestionario

-Fuente: Cuestionario



- **Nivel Educativo:**

Variable Cualitativa ordinal Dicotómica

-Definición conceptual: Período en el que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal. *familiar, laboral, institucional, formal, etcétera*

-Definición operacional: Identificación del nivel educativo de los que componen el hogar (padres/ responsable) del adolescente captado en el Centro Educativo Público en la ciudad de Montevideo en el período de Noviembre 2018.

Clasificación:

SI: 1 o NO: 0

- Primaria Completa
- Primaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Terciaria Completa
- Terciaria Incompleta
- Técnico Profesional Completo
- Técnico Profesional Incompleto

-Fuente: Cuestionario

0755T

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

- **Vida Social**

Variable Cualitativa Nominal Dicotómica

-Definición conceptual: Aquello que el ser humano desarrolla en contacto con sus semejantes, en el ámbito familiar, laboral, institucional, barrial, etcétera.

-Definición Operacional: Identificación del contacto que presenta en la sociedad el adolescente captado en el Centro Educativo Público en la ciudad de Montevideo en el período de Noviembre 2018.

-Clasificación:

SI: 1 o NO: 0

- Pareja
- Amigos
- Actividad Física
- Juegos y redes virtuales
- Otras actividades

-Clasificación por categorías:

- Aceptación (Aceptado- Ignorado-Rechazado-No sabe/no contesta)
- Percepción del Adolescente hacia su familia (Buena-Regular-Mala-No hay relación)

-Fuente: Cuestionario

- **Situación Psicosocial**

Variable Cualitativa Nominal Dicotómica

-Definición Conceptual: Estado psicológico y emocional de un individuo que permite desarrollar ciertas habilidades para enfrentar las situaciones de la vida diaria tanto positivamente como negativamente.

-Definición Operacional: Identificación de la situación psicosocial del adolescente captado en el Centro Educativo Público en la ciudad de Montevideo en el período de Noviembre 2018.

-Clasificación:

SI: 1 o NO: 0

- Referente adulto
- Proyecto a futuro
- Redes sociales de apoyo

-Clasificación por categorías:

- Percepción de la imagen corporal (Conforme-Crea preocupación-Impide relación con los demás)
- Estado de ánimo (Normal-Muy triste-Muy alegre-Retraído-Ideas suicidas-Ansioso-Angustia-Hostil-Agresivo)

-Fuente: Cuestionario

- **Hábitos Saludables**

Variable Cualitativa Nominal Dicotómica

-Definición Conceptual: Todas aquellas conductas y comportamiento que tenemos asumidas como propias y que inciden prácticamente en nuestro bienestar físico, mental y social.

-Definición Operacional: Identificación de los hábitos saludables del adolescente captado en el Centro Educativo Público en la ciudad de Montevideo en el período de Noviembre 2018.

-Clasificación:

SI: 1 o NO: 0

- Sueño Normal (8 horas diarias)
- Alimentación Adecuada (4 y 6 veces al día)

-Fuente: Cuestionario

- **Droga** del consumo

Variable Cualitativa Nominal Dicotómica

-Definición Conceptual: Es una sustancia química capaz de producir un efecto que altera una o más funciones del organismo. Su acción psíquica la ejerce sobre la conducta, la percepción y la conciencia.

-Definición Operacional: Identificar si el adolescente consume cannabis y con qué frecuencia en el período de Noviembre 2018.

-Clasificación:

SI: 1 o NO: 0

- ¿Consumió cannabis alguna vez?
- ¿Consumió en los últimos 12 meses?
- ¿Consumió en los últimos 30 días?

- **Frecuencia del consumo:**

- Todos los días
- Al menos 1 vez por semana
- Al menos 1 vez por mes

• **Motivo del consumo**

Variable Cualitativa Nominal Politémica

-Definición Conceptual: Razón por la cual un individuo decide realizar una acción; en este caso consumir cannabis.

-Definición Operacional: Identificación del/los motivos por los cuales el adolescente encuestado consume cannabis en el período de Noviembre 2018.

-Clasificación:

SI: 1 o NO: 0

- Por experimentación
- Por moda
- Por gusto personal
- Por pertenencia a un grupo
- Tristeza
- Depresión
- No sabe/no contesta

3- Frecuencia según situación socioeconómica

Gráfico 3 a- Vivienda Propia

- 77% de los adolescentes expresan tener vivienda propia
- 16% de los adolescentes expresan no tener vivienda propia
- 7% no saben/ no contestan

Resultados

Mediante la aplicación del instrumento de investigación llevada a cabo en una institución pública de Montevideo, detallamos los resultados obtenidos:

Nuestro Universo es de 330 alumnos y nuestra Muestra corresponde a un 30% de dicho universo, equivalente a 99 alumnos. Los mismos son estudiantes de 1 año de bachillerato del turno matutino, que cumplen con los criterios de inclusión de la investigación.

Gráfico 1- Frecuencia según edad:

- 16% adolescentes encuestados de 15 años de edad
- 34% adolescentes encuestados de 16 años de edad
- 31% adolescentes encuestados de 17 años de edad
- 19% adolescentes encuestados de 18 años de edad

Gráfico 2- Frecuencia según género:

- 57,7% adolescentes de género femenino
- 35,3% adolescentes de género masculino
- 7% no contestan

3- Frecuencia según situación socioeconómica

Gráfico 3 a- Vivienda Propia:

- 77% de los adolescentes expresan tener vivienda propia
- 10% de los adolescentes expresan no tener vivienda propia
- 13% no saben/ no contestan

Gráfico 3 b- Alquiler

- 9% de los adolescentes expresan tener vivienda de alquiler
- 42% de los adolescentes expresan no tener vivienda de alquiler
- 48% no saben/ no contestan

Gráfico 3 c- Energía eléctrica

- 99% de los adolescentes expresan tener energía eléctrica en su Hogar
- 1% de los adolescentes expresan no tener energía eléctrica en su Hogar

Gráfico 3 d- Hacinamiento

- 12% expresa que vive en hacinamiento
- 44% expresa que no vive en hacinamiento
- 44% no sabe/no contesta

Gráfico 3 e- Apoyo social o subsidio:

- 25% de los adolescentes expresa que percibe apoyo social o subsidio
- 46% de los adolescentes expresa que no percibe ningún apoyo social o subsidio
- 29% no sabe/ no contesta

Gráfico 3 f- Trabajo estable:

- 57% de los adolescentes expresa que sus padres/responsables tienen trabajo estable
- 39% de los adolescentes expresa que sus padres/responsables no tienen trabajo estable
- 4% no sabe/ no contesta

Gráfico 3 g- Agua potable:

- 100% de los adolescentes expresan tener agua potable en su Hogar

Gráfico 4- Tipo de familia

- 38,3% expresa tener una familia nuclear
- 25,2% expresa tener una familia extensa
- 14,1% expresa tener una familia monoparental
- 4% expresa tener otro tipo de familia
- 18,1% no contesta

5- Frecuencia según nivel de instrucción

Gráfico 5 a- Nivel de instrucción de madres

- 15,1% expresa que tienen primaria completa
- 1% expresa que tienen primaria incompleta
- 21,2% expresa que tienen secundaria completa
- 24,2% expresa que tienen secundaria incompleta
- 14,1% expresa que tienen terciaria completa
- 18,1% expresa que tienen terciaria incompleta
- 2% expresa que tienen técnico profesional completo
- 1% expresa que tienen técnico profesional incompleto
- 3% no contesta

Gráfico 5 b- Actividad física

- 68,8% expresa realizar actividad física
- 21,2% expresa no realizar actividad física
- 12,1% no contesta

Gráfico 5 b- Nivel de instrucción de padres

- 12,1% expresa que tienen primaria completa
- 2% expresa que tienen primaria incompleta
- 14,1% expresa que tienen secundaria completa
- 23,2% expresa que tienen secundaria incompleta
- 8% expresa que tienen terciaria completa
- 27,2% expresa que tienen terciaria incompleta
- 2% expresa que tienen técnico profesional completo
- 3% expresa que tienen técnico profesional incompleto
- 8% no contesta

6- Vida Social

Gráfico 6 a- Pareja

- 43,4% expresa tener pareja
- 47,4% expresa no tener pareja
- 9% no contesta

Gráfico 6 b- Amigos

- 91,9% expresa tener amigos
- 1% expresa no tener amigos
- 8% no contesta

Gráfico 6 c- Actividad física

- 66,6% expresa realizar actividad física
- 21,2% expresa no realizar actividad física
- 12,1% no contesta

Gráfico 6 d- Juegos y redes virtuales

- 68,6% expresa participar de redes y juegos virtuales
- 11,1% expresa no participar de redes y juegos virtuales
- 20,2% no contesta

Gráfico 6 e- Aceptación de la imagen corporal

- 86,8% expresa sentirse aceptado por sus pares
- 6% expresa sentirse ignorado por sus pares
- 2% expresa sentirse rechazado por sus pares
- 5% no sabe/ no contesta

Gráfico 6 f- Percepción hacia su familia adolescentes no consumidores

- 90% expresa que su percepción es buena
- 8,3% expresa que su percepción es regular
- 0,1% expresa que su percepción es mala

7- Frecuencia según situación psicosocial

Gráfico 7 a- Referente adulto en adolescentes no consumidores

- 73,3% expresa tener un referente adulto
- 5% expresa no tener un referente adulto
- 21,6% no contesta

Gráfico 7 b- Proyecto a futuro

- 78,7% expresa tener proyectos a futuro
- 4% expresa no tener proyectos a futuro
- 17,1% no contesta

Gráfico 7 c- Redes sociales de apoyo

- 34,3% expresa contar con redes sociales de apoyo
- 23,2% expresa no contar con redes sociales de apoyo
- 42,4% no contesta

Gráfico 7 d- Percepción de la imagen corporal

- 67,6% expresa estar conforme con su imagen corporal
- 29,2% expresa que le crea preocupación su imagen corporal
- 3% expresa que su imagen corporal le impide el relacionamiento con los demás

Gráfico 7 e- Estado de ánimo

- 45,4% expresa sentirse normal
- 21,2% expresa sentirse muy alegre
- 0% expresa sentirse muy triste
- 2,02% expresa sentirse retraído
- 1,01% expresa haber tenido ideas suicidas
- 2,02% expresa sentirse ansioso
- 1,01% expresa sentirse angustiado
- 0% expresa sentirse hostil
- 1,01% expresa sentirse agresivo
- 1,01% no contesta
- 14,14% se agruparon las opciones de acuerdo a lo que marcaron: Normal/Ansioso/Angustiado/ Retraído/Hostil/Agresivo/Ideas suicidas
- 6,06% se agruparon las opciones de acuerdo a lo que marcaron: Normal/Muy alegre/Ansioso/Angustia
- 5,05% se agruparon las opciones de acuerdo a lo que marcaron: Muy triste/Ansioso/Angustia/Agresivo/Ideas suicidas

8- Hábitos saludables

Gráfico 8 a- Sueño normal

- 61,6% expresa descansar como mínimo 8 horas por día
- 38,4% expresa no descansar como mínimo 8 horas por día

Gráfico 8 b- Alimentación Saludable

- 64,7% expresa tener una alimentación saludable(de 4 a 6 comidas balanceadas diarias)
- 26,2% expresa no tener una alimentación saludable (de 4 a 6 comidas balanceadas diarias)
- 9,1% no contesta

9- Consumo de Cannabis

Gráfico 9 a- ¿Consumió alguna vez?

- 38,4% expresan haber consumido cannabis
- 56,6% expresan no haber consumido cannabis
- 5% no contesta

Gráfico 9 b- ¿Consumió en los últimos 12 meses?

- 34,3% expresa haber consumido en los últimos 12 meses
- 61,7% expresa no haber consumido en los últimos 12 meses
- 4% no contesta

Gráfico 9 c- ¿Consumió en los últimos 30 días?

- 20,2% expresa haber consumido en los últimos 30 días
- 70,7% expresa no haber consumido en los últimos 30 días
- 9,1% no contesta

Gráfico 9 d- Edad de inicio de consumo de Cannabis

- 1% expresa haber iniciado el consumo con 12 años de edad
- 4% expresa haber iniciado el consumo con 13 años de edad
- 5% expresa haber iniciado el consumo con 15 años de edad
- 11,1% expresa haber iniciado el consumo con 16 años de edad
- 7% expresa haber iniciado el consumo con 17 años de edad
- 2% expresa haber iniciado el consumo con 18 años de edad
- 69,6% no contesta

10- Frecuencia del consumo de cannabis

Gráfico 10 a- Consumo diariamente

- 10% consume diariamente
- 68% no consume diariamente
- 22% no contesta

Gráfico 10 b- Consumo semanalmente

- 8% consume semanalmente
- 79% no consume semanalmente
- 12% no contesta

Gráfico 10 c- Consumo mensualmente

- 10% consume mensualmente
- 75% no consume mensualmente
- 14% no contesta

Análisis

En base a los resultados obtenidos mediante el instrumento de investigación y detallados anteriormente, proseguimos a analizar los mismos:

- De acuerdo a la variable **Edad**, podemos decir que el mayor porcentaje se corresponde con los 16 años, seguido de los 17 años, estando acorde con la población objetivo, ya que nuestros encuestados son estudiantes de 1 año de bachillerato.
- En cuanto a la variable **Género**, predomina el sexo femenino sobre el masculino. Según un estudio socio - demográfico del INE en 2014¹⁷, en el ámbito educativo las mujeres predominan sobre los varones, asociando el rezago masculino a la necesidad de inserción laboral más tempranamente.
- Referente al **Nivel Socioeconómico**, estudiado indirectamente desde otras variables como: vivienda propia, alquiler, servicios sanitarios básicos, apoyo social y trabajo estable, podemos decir que conviven diferentes situaciones socioeconómicas: un porcentaje alto de padres tiene trabajo estable y vivienda propia, y los que no tienen trabajo estable se podrían relacionar con ese 25% que refiere percibir apoyo social del Estado. La ubicación geográfica de la Institución también tiene relación con estos resultados, ya que a ella llegan estudiantes de diferentes barrios montevideanos, con diferentes situaciones socioeconómicas.

¹⁷ INE. Jóvenes en Uruguay: demografía, educación, mercado laboral y emancipación. 2014. Cap 4. Pág. 101-103 [Consultado el 28/11/2018]. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas_fasciculo_4_jovenes.pdf/c19f7b00-c004-4e35-ace5-8d38ded573dd

- Con respecto a la conformación del **núcleo familiar** destacamos en primer lugar las familias nucleares, seguidas de las familias extensas. Es un dato significativo ya que según los antecedentes bibliográficos en los cuales nos basamos, la familia es el principal factor protector. Un porcentaje muy alto de los adolescentes señalaron que tienen una buena percepción hacia su familia y afirmaron tener un referente adulto, estos datos nos confirman que tienen una buena contención familiar y se sienten protegidos.
- Teniendo en cuenta que el nivel educativo de los padres es otro factor protector frente al consumo de cannabis en adolescentes, la variable **Nivel de instrucción** arrojó datos interesantes y positivos. Dichos datos, que dieron similar en padres y madres, muestran que aproximadamente el 50% tienen secundaria completa o nivel terciario (completo o incompleto). Así también cabe destacar que hay un porcentaje considerable que sólo tiene formación primaria. Esto último puede relacionarse a las distintas situaciones socioeconómicas que conviven en la institución.
- Con respecto a lo que comprende la **vida social** de los adolescentes, destacamos como positivo que están presentes varios factores protectores, ya que un alto porcentaje expresa: tener amigos, realizar actividad física y participar de redes y juegos virtuales. Todas las actividades socioculturales que realice el adolescente permiten que se mantenga ocupado, activo, socializando, alejado de pensamientos negativos que pueden contribuir al consumo de drogas. El tener amigos es un factor protector siempre y cuando éstos no sean consumidores. También se destaca como muy positivo un alto porcentaje de estudiantes que se sienten aceptados por sus pares, así como una favorable percepción de su familia. Son dos factores protectores muy importantes que evitan o disminuyen la posibilidad de que el adolescente caiga en aislamiento social, factor de riesgo para incurrir en el consumo de drogas.

- Cerca de un 40% de los adolescentes expresó haber consumido cannabis
- Frente a los resultados obtenidos sobre la **situación psicosocial** de los adolescentes encuestados, podemos destacar que un 70% expresa tener un adulto referente y una favorable percepción de su imagen corporal, además de que un 80% tiene proyectos a futuro. Esto nos permite deducir que en la población encuestada predominan factores protectores que pueden fortalecer su vínculo tanto familiar, de amistades, con sus pares y lo más importante, evitando el consumo y la adicción de cannabis y otras drogas en general.
- La variable "Estado de ánimo" ofrecía múltiples opciones, por lo tanto, realizamos una asociación de criterios respecto a las respuestas múltiples asociándolas en grupo por frecuencia de las mismas, quedando tres grupos preponderantes:
- Normal – Ansioso – Angustia – Retraído – Hostil – Agresivo - Ideas suicidas 14.14%
 - Normal - Muy alegre – Ansioso - Angustia 6.06%
 - Muy triste – Ansioso – Angustia – Agresivo - Ideas suicidas 5.05%
- En la variable **Hábitos**, haciendo referencia a la presencia de hábitos saludables como es el sueño normal y la alimentación saludable, los resultados arrojados son muy favorables para ambos ítems, ya que aproximadamente el 70% refirió descansar y alimentarse adecuadamente.
 - En cuanto al **Consumo de Cannabis** se destaca que la edad predominante en el inicio del consumo fueron los 16 años, siendo este dato acorde con nuestra población de estudio, la cual se encuentra mayoritariamente en dicha edad.

Por experimentación y gusto personal 15.35%

Por experimentación gusto personal tristeza/depresión 10.25%

Cerca de un 40% de los adolescentes expresó haber consumido cannabis por lo menos una vez y dentro de los últimos 12 meses; es un dato interesante si tenemos en cuenta la predominancia de factores protectores en la población encuestada. Podríamos suponer que el porcentaje debería ser menor frente a esta situación, pero creemos que el resultado se debe al “furor” que se ha hecho últimamente sobre el consumo legal del cannabis y la posterior legalización en nuestro país. Cabe destacar que más de un 60% de los encuestados refirió no haber consumido nunca, pese a las condiciones nombradas anteriormente y que representan a esa población con predominio de factores protectores frente al consumo de drogas.

- Al analizar los resultados sobre la **Frecuencia del consumo** de cannabis y considerando el consumo diario, semanal o mensual, se obtuvieron porcentajes bajos y similares entre sí, siendo el mayor porcentaje el de los consumidores mensuales.

Son datos a tener en cuenta dentro de la situación negativa que es la de ser consumidor, ya que vemos como favorable que los encuestados que consumen a diario son un número reducido. Por lo tanto, podemos deducir que, en general, no existe un consumo problemático de cannabis.

- La mayoría de los adolescentes encuestados expresaron que el **Motivo de consumo** más frecuente era el de experimentar algo nuevo e ilegal, por gusto personal y por pertenecer a un grupo. Podemos decir que son características propias de la etapa adolescente.

De esta variable se desprenden también respuestas de múltiple opción para las cuales realizamos grupos de asociación de criterios que se repiten, quedando así agrupados:

Por experimentación y gusto personal 15.38%

Por experimentación gusto personal tristeza/depresión 10.25%

Por experimentación gusto personal pertenencia a un grupo 5.12%
Otras (una vez, porque pintó) 5.12%

Con frecuencia, la escena social de los adolescentes gira alrededor de beber alcohol y fumar marihuana. Dentro de su rebeldía, eligen usar diferentes sustancias basado en sus personalidades: el alcohol es la droga de elección para el adolescente que siente enojo, porque lo libera para comportarse de manera agresiva. La marihuana, por otro lado, a menudo parece reducir la agresión y se la considera más una droga de evasión.

El grupo de amigos muchas veces ejerce presión sobre el adolescente para que consuma marihuana como forma de pertenencia, de fidelidad al mismo y de disfrute de todos. Pero es igualmente común que los adolescentes consuman porque fácilmente se encuentra disponible.

Conclusiones y Sugerencias

Al finalizar con la investigación se está en condiciones de concluir que se han cumplido los objetivos planteados. Los resultados obtenidos permitieron identificar los factores protectores de los adolescentes y su vinculación con el consumo de cannabis.

Los resultados obtenidos a través del instrumento, indican que existen factores protectores fundamentales en los adolescentes; tales como la percepción que tienen hacia su familia, un referente adulto, el vínculo de amistad y la aceptación que expresan tener de sus pares.

Podemos destacar que nuestros resultados coinciden en muchos aspectos con los antecedentes previamente analizados; muchos de éstos mencionaban que uno de los factores protectores más importantes en los adolescentes era el de la familia y se vio reflejado en nuestra investigación.

Realizar estudios como el presente y los utilizados para nuestro trabajo, cobran importancia cuando se acepta que en la etapa adolescente se encuentran abundantes motivaciones sociales que conllevan a los jóvenes al consumo.

En nuestro país, el consumo de cannabis es legítimo entre los adultos, pero es una situación que podría facilitarles a los jóvenes el acceso a la droga. Y por ello, cuanta más información se tenga sobre los factores protectores en los adolescentes, mejor se podrá trabajar en el tema de la prevención del consumo, desde un programa de salud específico.

Concluimos como grupo que como referentes de la salud debemos tener en cuenta estos factores para fortalecerlos. El diseño y la evaluación continua de programas de prevención del consumo son fundamentales para reforzar los factores protectores y la inclusión de la familia en los diversos procesos.

Referencias Bibliográficas

1. Naciones Unidas. Informe Mundial Sobre las Drogas 2010 de la UNODC se observa una reorientación hacia el consumo de nuevas drogas y hacia mercados nuevos. [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/WDR2010-PR-Spanish.pdf [consulta: 10 nov 2018].
2. Uruguay. Presidencia. Junta Nacional de Drogas. VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas de estudiantes de enseñanza media. [Internet]. 2014. Disponible en: [https://www.gub.uy/jnd/sites/jnd/files/2018-01/VI Encuesta Nacional Consumo Drogas Estudiantes Ense%C3%B1anza Media.pdf](https://www.gub.uy/jnd/sites/jnd/files/2018-01/VI_Encuesta_Nacional_Consumo_Drogas_Estudiantes_Ense%C3%B1anza_Media.pdf) [consulta: 13 feb 2018].
3. Uruguay. Presidencia. Junta Nacional de Drogas. VI Encuesta en Hogares sobre consumo de drogas. [Internet]. 2016. Disponible en: [https://www.gub.uy/jnd/sites/jnd/files/documentos/publicaciones/201609_VI encuesta hogares OUD ultima rev.pdf](https://www.gub.uy/jnd/sites/jnd/files/documentos/publicaciones/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf) [consulta: 13 feb 2018].
4. Instituto de Regulación y Consumo de Cannabis. Consumo de cannabis y salud. Disponible en: <https://www.ircca.gub.uy/pautas-reduccion-riesgos/> [consulta: 5 nov 2018].
5. Regulación y control del cannabis. Ley N° 19172 de 07 enero de 2014. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19172-2013> [consulta: 5 nov 2018].
6. Uruguay. Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Informe sobre el estado de la educación 2015-2016. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.ineed.edu.uy/nuestro-trabajo/informe-sobre-el-estado-de-la-educacion-2015-2016.html> [consulta: 15 abr 2018].
7. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/suggestions/faq/es/> [consulta: 17 may 2017].

8. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. [Internet]. 1981. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [consulta: 18 may 2017].
9. Meliá S, comp. Enfermería en salud mental: conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Ofician del Libro FEFMUR; 2005.
10. Jornadas Internacionales de Salud Mental. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.derecho.uba.ar/derechoaldia/notas/iii-jornadas-internacionales-de-salud-mental/+4744> [consulta: 8 nov 2018].
11. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de set. 1978. [Internet]. 1978. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html> [consulta: 10 jul 2017].
12. Organización Mundial de la Salud. La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca: informe sobre la salud en el mundo. [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf [consulta: 10 jun 2017].
13. Diaz N, Gómez C, Ruiz M. Tratado de enfermería de la infancia y adolescencia. Madrid: McGraw-Hill; 2006. vol 1.
14. Salud y Psicología. Toxicomanía y drogadicción. [Internet]. Disponible: <http://www.saludypsicologia.com/posts/view/37/name:De-la-drogadiccion/redirect:1> [consulta: 16 abr 2018].
15. Universidad de Guanajuato. (México). Factores determinantes del individuo y comunidad. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-2-factores-determinantes-a-la-salud-del-individuo-familia-y-comunidad/> [consulta: 16 abr 2018].



16. Belamendia Mirtha, Durán Pablo, Penzo Martha, Martínez Gerardo, Bazano Mariella, Maddaleno Matilde. Sistema Informático del Adolescente (SIA): historia clínica del adolescente y formularios complementarios: instrucciones de llenado y definición de términos. [Internet]. 2010. Disponible en:
[https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download
&category_slug=publicaciones&alias=191-sistema-informatico-del-
adolescente-sia&Itemid=219&lang=en](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=191-sistema-informatico-del-adolescente-sia&Itemid=219&lang=en) [consulta: 16 abr 2018].

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

ENCUESTA SOBRE FACTORES PROTECTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS QUE ASISTEN A UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA

1- EDAD (Marque con una X)

15	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>

2- GÉNERO

3- RUTAS

4- TIPO

- VIVIENDO

- VIVIENDO

- ENFERM

- HACIEN

- APOYO

- TRABAJ

- ACQUIR

- TRABAJ

- ACQUIR

4- TIPO

- NUCLEAR

- EXTENSA

- MONOPARENTAL

- OTROS

SI MARCO OTROS, ¿CUAL?

5- NIVEL DE INSTRUCCIÓN PADRES/RESPONSABLES (Marque con una X)

	PADRE	MADRE	TUTOR/RESPONSABLE
- PRIMARIA COMPLETA			
- PRIMARIA INCOMPLETA			
- SECUNDARIA COMPLETA			
- SECUNDARIA INCOMPLETA			
- TERCARIA COMPLETA			
- TERCARIA INCOMPLETA			
- TÉCNICO PROF. COMPLETO			
- TÉCNICO PROF. INCOMPLETO			

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

ENCUESTA SOBRE FACTORES PROTECTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS QUE ASISTEN A UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA

1- EDAD (Marque con una X)

15	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>

2- GÉNERO CON EL CUAL SE DEFINE: _____

3- NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR (Marque con una X la opción SI o NO)

	SI	NO
-VIVIENDA PROPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-VIVIENDA ALQUILER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-ENERGÍA ELÉCTRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-HACINAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-APOYO SOCIAL O SUBSIDIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-TRABAJO ESTABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-TRABAJO NO ESTABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-AGUA POTABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4- TIPO DE FAMILIA (Marque con una X la opción que corresponda)

-NUCLEAR	<input type="checkbox"/>
-EXTENSA	<input type="checkbox"/>
-MONOPARENTAL	<input type="checkbox"/>
-OTROS	<input type="checkbox"/>

SI MARCÓ OTROS; ¿CUAL? _____

5- NIVEL DE INSTRUCCIÓN PADRES/RESPONSABLES (Marque con una X)

	PADRE	MADRE	TUTOR/RESPONSABLE
-PRIMARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-PRIMARIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-SECUNDARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-SECUNDARIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-TERCIARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-TERCIARIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-TÉCNICO PROF. COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-TÉCNICO PROF. INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6- VIDA SOCIAL (Marque con una X la opción SI o NO)

	SI	NO
-PAREJA		
-AMIGOS		
-ACTIVIDAD FÍSICA		
-JUEGOS Y REDES VIRTUALES		
-OTRAS ACTIVIDADES		

3- CONSUMO DE CANNABIS (Marque con una X la opción SI o NO)

- ACEPTACIÓN: (Marque con una X la opción que corresponda)

ACEPTADO	IGNORADO	RECHAZADO	NO SABE/NO CONTESTA

-PERCEPCIÓN HACIA SU FAMILIA: (Marque con una X la opción que corresponda)

BUENA	REGULAR	MALA	NO TIENE RELACIÓN

7- SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL (Marque con una X la opción SI o NO)

	SI	NO
-REFERENTE ADULTO		
-PROYECTOS A FUTURO		
-REDES SOCIALES DE APOYO		

-PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL: (Marque con una X la opción que corresponda)

CONFORME	CREA PREOCUPACIÓN	IMPIDE RELACIÓN CON LOS DEMÁS

-ESTADO DE ANIMO: (Marque con una X la opción que corresponda)

NORMAL	MUY TRISTE	MUY ALEGRE	RETRAÍDO	IDEAS SUICIDAS	ANSIOSO	ANGUSTIA	HOSTIL	AGRESIVO

8-HABITOS (Marque con una X la opción SI o NO)

	SI	NO
-SUEÑO NORMAL (8 HORAS DIARIAS)		
-ALIMENTACIÓN SALUDABLE (4-6 VECES DIA)		

9- CONSUMO DE CANNABIS (Marque con una X la opción SI o NO)

	SI	NO
-¿CONSUMIO CANNABIS ALGUNA VEZ?		
-¿CONSUMIO EN LOS ULTIMOS 12 MESES?		
-¿CONSUMIO EN LOS ULTIMOS 30 DÍAS?		

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO: _____

10- FRECUENCIA (Marque con una X la opción SI o NO)

	SI	NO
-TODOS LOS DÍAS		
-AL MENOS 1 VEZ POR SEMANA		
-AL MENOS 1 VEZ AL MES		

11- MOTIVO DEL CONSUMO (Marque con una X una o más opciones)

POR EXPERIMENTACIÓN	
POR MODA	
POR GUSTO PERSONAL	
POR PERTENENCIA A UN GRUPO	
TRISTEZA	
DEPRESIÓN	
NO SABE/NO CONTESTA	
OTRA	

En caso de haber comprendido y estar de acuerdo con lo mencionado firme debajo de esta línea.

Firma: _____



ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoja de información al participante para el consentimiento libre e informado.

Estimado participante:

Nos encontramos realizando un estudio de investigación, el cual es un requisito curricular para acceder al Trabajo Final de Investigación de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República.

Le estamos invitando a participar de dicha investigación la cual tiene como título "Factores protectores que influyen en el consumo de Cannabis en adolescentes que asisten a una institución pública en la ciudad de Montevideo".

El propósito de ésta encuesta es recabar datos para realizar una aproximación de la población con la cual trabajamos y en base a esto poder identificar los factores protectores con los que cuenta dicha población y ver cómo influyen en el consumo.

Deben tener presente que:

- Toda persona tiene la libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento durante la actividad.
- Puede dejar de participar sin que esto tenga prejuicio o riesgo alguno.
- Tiene la garantía de que este cuestionario será ANÓNIMO u toda información aportada será confidencial.
- Se mantendrá por parte de los investigadores una actitud ética durante y después de la recopilación de datos.
- En caso de querer puede tener acceso a toda la información y resultados del trabajo de investigación.

En caso de haber comprendido y estar de acuerdo con lo mencionado firme debajo de ésta línea.

Firma:.....

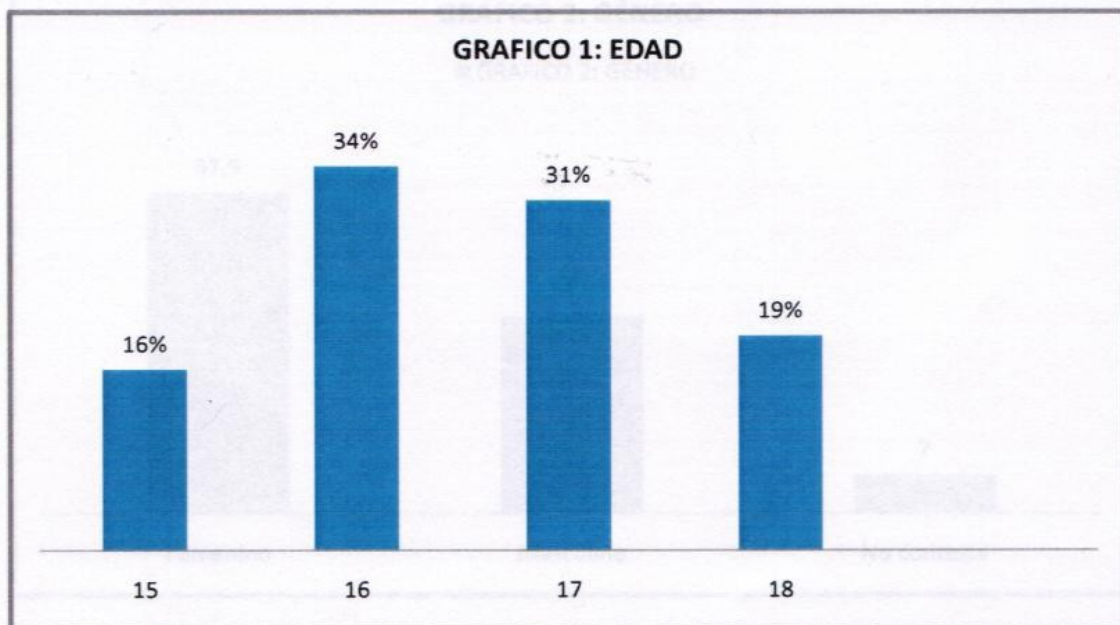
ANEXO 3: GRAFICOS

Tabla 1- Frecuencia según edad

EDAD	F	FR%
15	16	16
16	34	34
17	31	31
18	18	19
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico1: Frecuencia según Edad



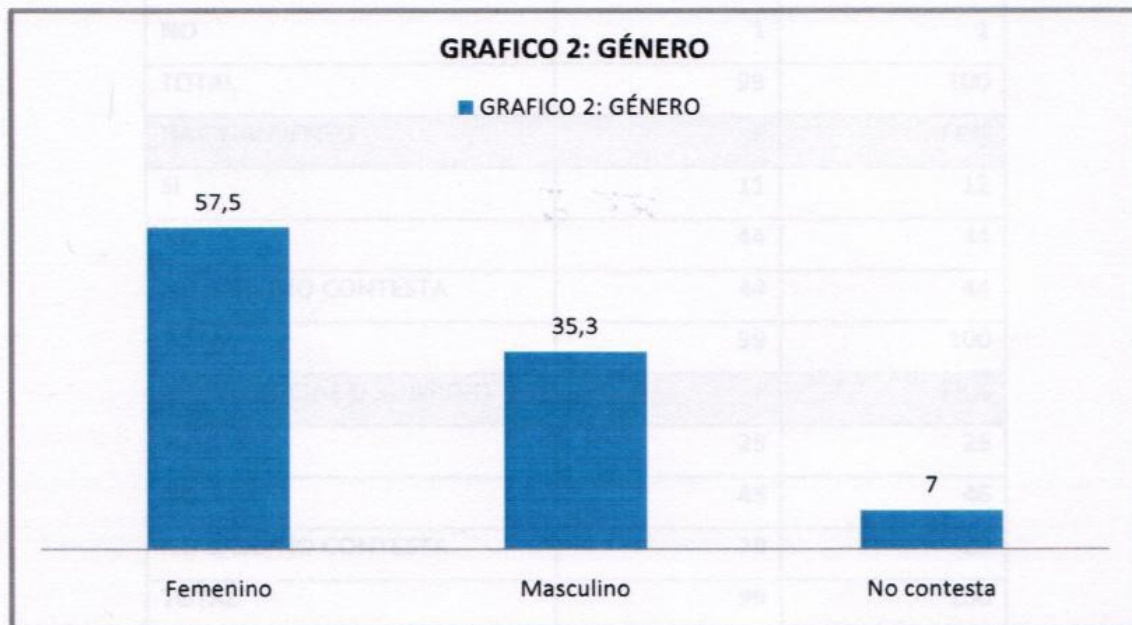
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 2- Frecuencia según Género

GENERO	F	FR%
FEMENINO	57	57,7
MASCULINO	35	35,3
NO CONTESTA	7	7,0
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una institución educativa pública, Montevideo, Noviembre/ 2018

Gráfico 2- Frecuencia según Género



Fuente: Cuestionario realizado en una institución educativa pública, Montevideo, Noviembre/ 2018

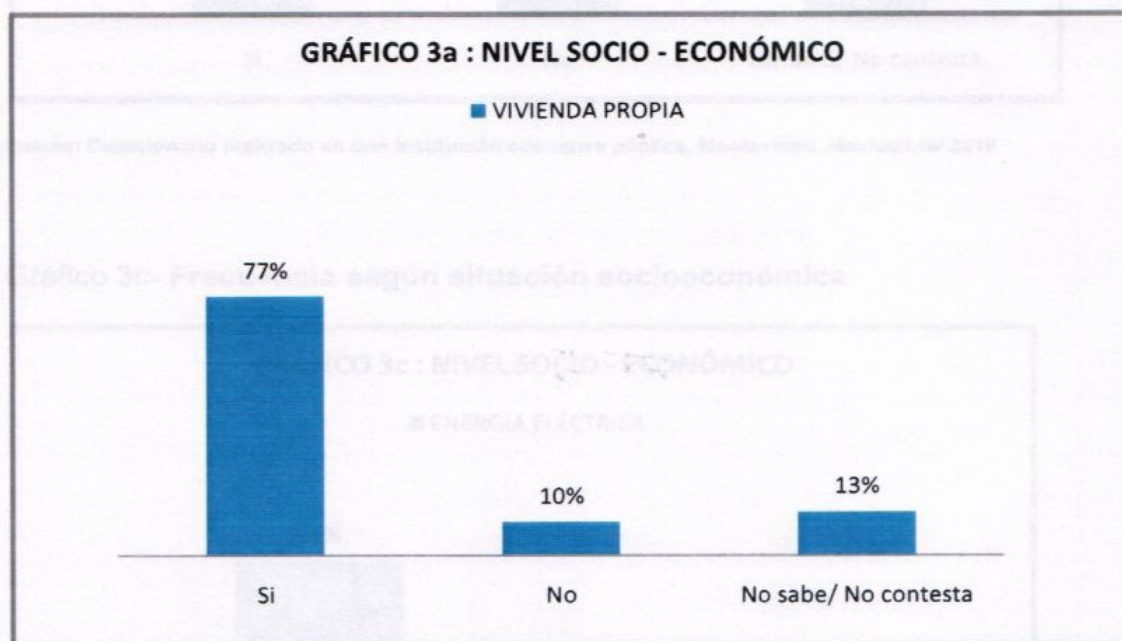
Tabla 3- Frecuencia según situación socioeconómica

	F	FR%
VIVIENDA PROPIA	F	FR%
SI	76	77
NO	10	10
NO SABE/NO CONTESTA	13	13
TOTAL	99	100
ALQUILER	F	FR%
SI	9	9
NO	42	42
NO SABE/NO CONTESTA	48	49
TOTAL	99	100
ENERGIA ELECTRICA	F	FR%
SI	98	99
NO	1	1
TOTAL	99	100
HACINAMIENTO	F	FR%
SI	11	12
NO	44	44
NO SABE/NO CONTESTA	44	44
TOTAL	99	100
APOYO SOCIAL O SUBSIDIO	F	FR%
SI	25	25
NO	45	46
NO SABE/NO CONTESTA	29	29
TOTAL	99	100
TRABAJO ESTABLE	F	FR%
SI	56	57
NO	39	39

NO SABE/NO CONTESTA	4	4
TOTAL	99	100
AGUA POTABLE	F	FR%
SI	99	100
NO	0	0
TOTAL	99	100

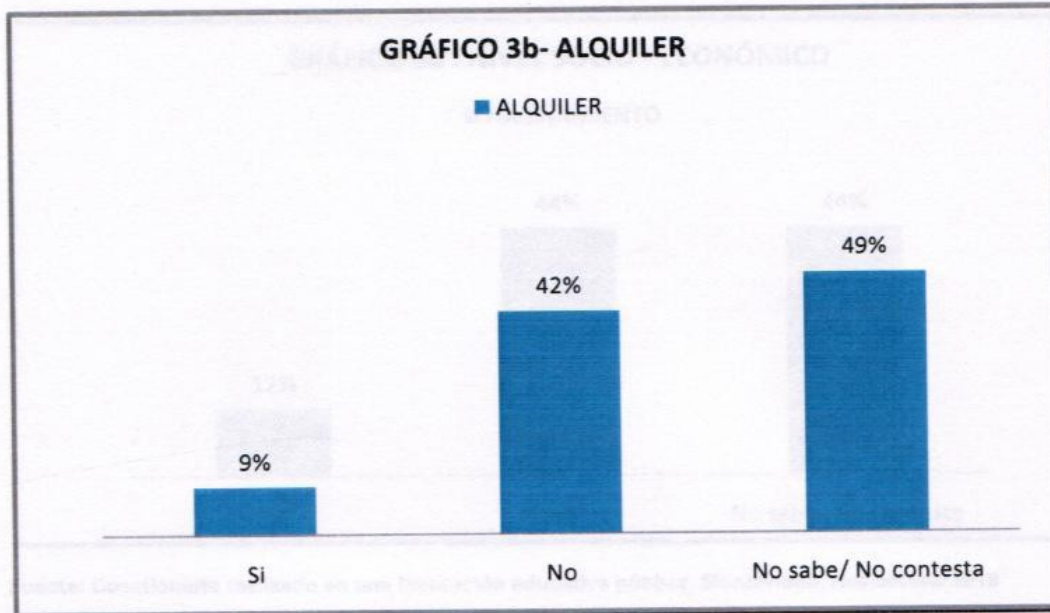
Fuente: Cuestionario realizado en una institución educativa pública, Montevideo, Noviembre/ 2018

Gráfico 3a- Frecuencia según situación socioeconómica



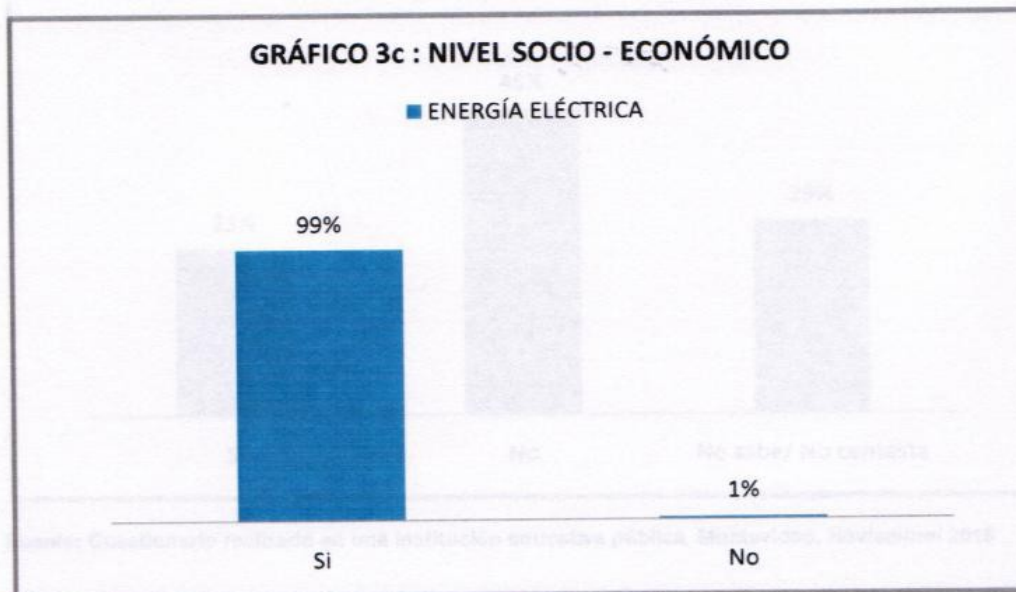
Fuente: Cuestionario realizado en una institución educativa pública, Montevideo, Noviembre/ 2018

Gráfico 3b- Frecuencia según situación socioeconómica



Fuente: Cuestionario realizado en una institución educativa pública, Montevideo, Noviembre/ 2018

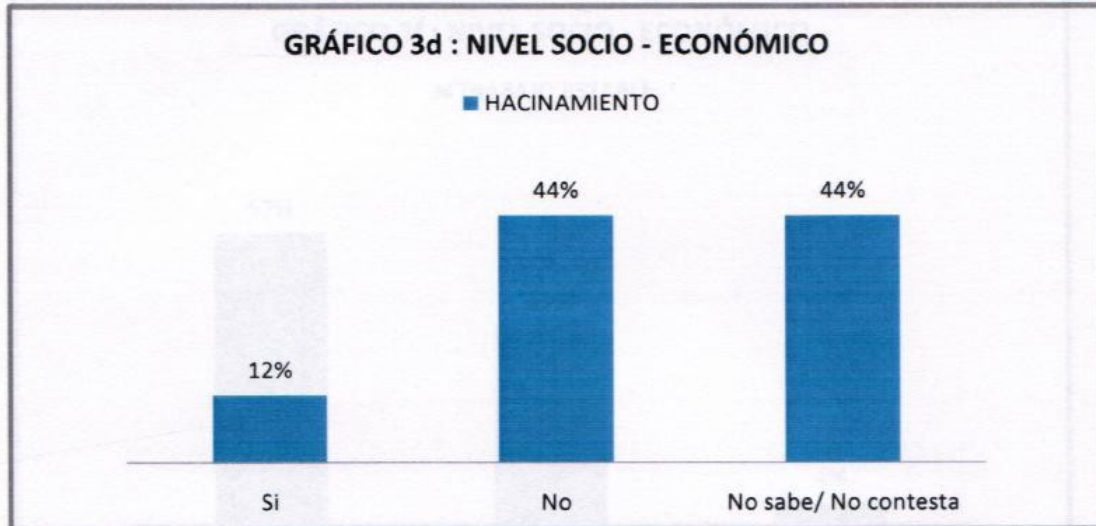
Gráfico 3c- Frecuencia según situación socioeconómica



Cuestionario realizado en una institución educativa pública, Montevideo, Noviembre/ 2018

Fuente:

Gráfico 3d - Frecuencia según situación socioeconómica



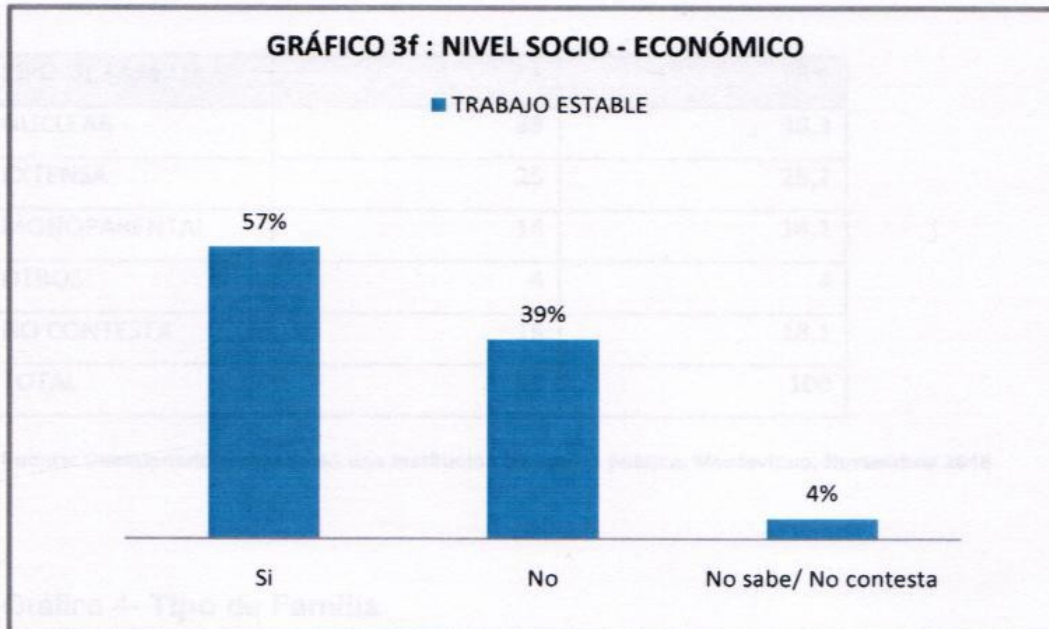
Fuente: Cuestionario realizado en una institución educativa pública, Montevideo, Noviembre/ 2018

Gráfico 3e- Frecuencia según situación socioeconómica



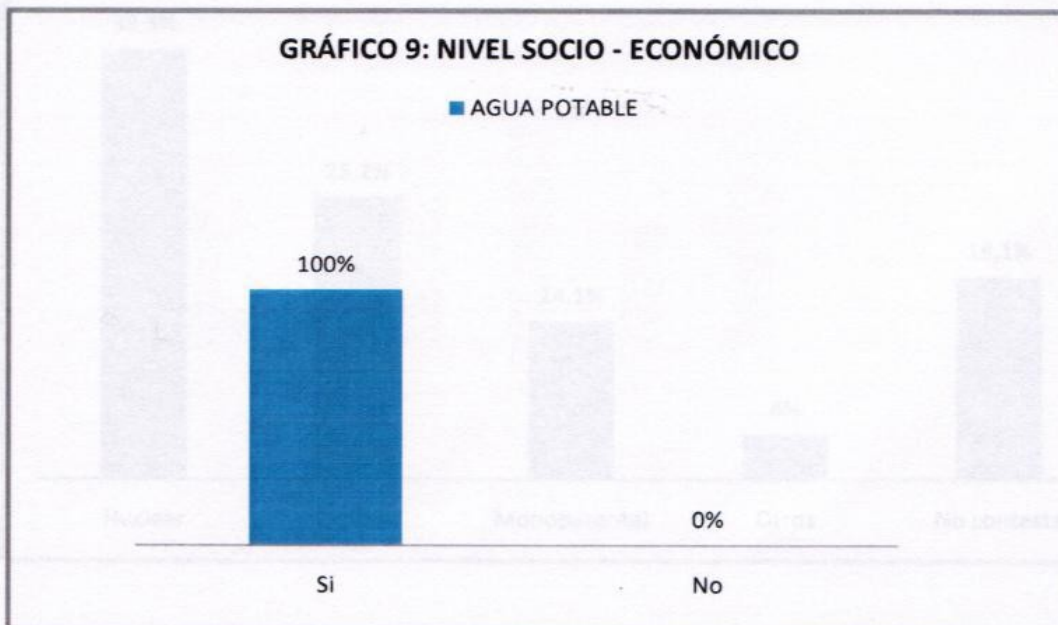
Fuente: Cuestionario realizado en una institución educativa pública, Montevideo, Noviembre/ 2018

Gráfico 3f- Frecuencia según situación socioeconómica



Fuente: Cuestionario realizado en una institución educativa pública, Montevideo, Noviembre/ 2018

Gráfico 3g- Frecuencia según situación socioeconómica



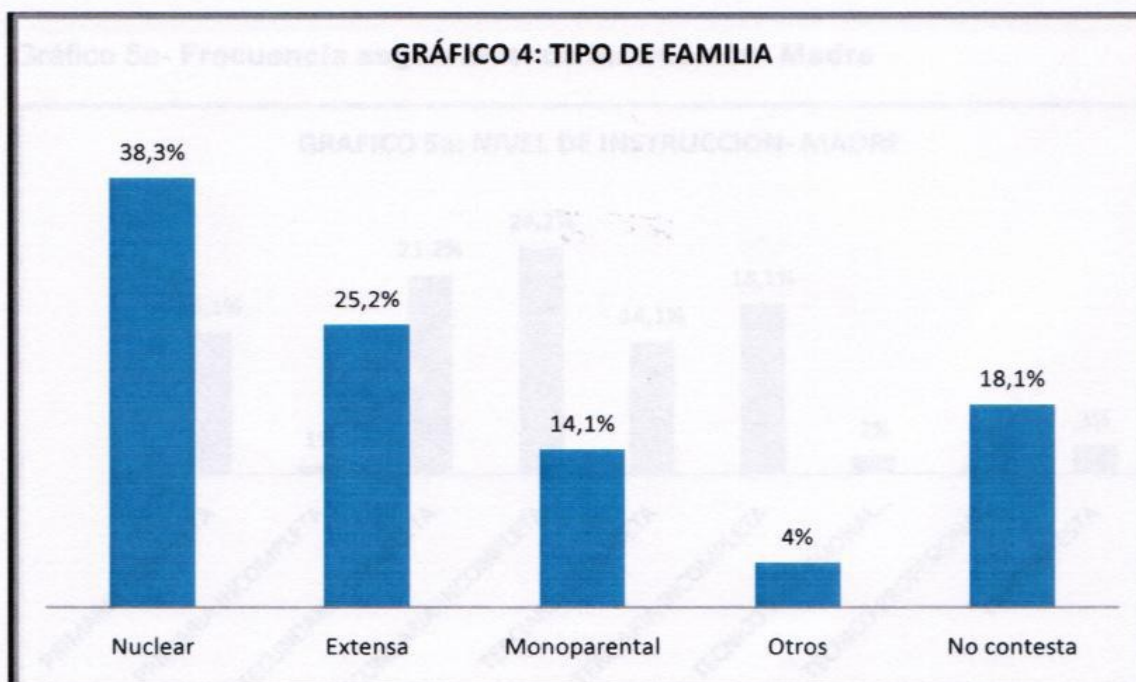
Fuente: Cuestionario realizado en una institución educativa pública, Montevideo, Noviembre/ 2018

Tabla 4- Tipo de Familia

TIPO DE FAMILIA	F	FR%
NUCLEAR	38	38,3
EXTENSA	25	25,2
MONOPARENTAL	14	14,1
OTROS	4	4
NO CONTESTA	18	18,1
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una institución educativa pública, Montevideo, Noviembre/ 2018

Gráfico 4- Tipo de Familia



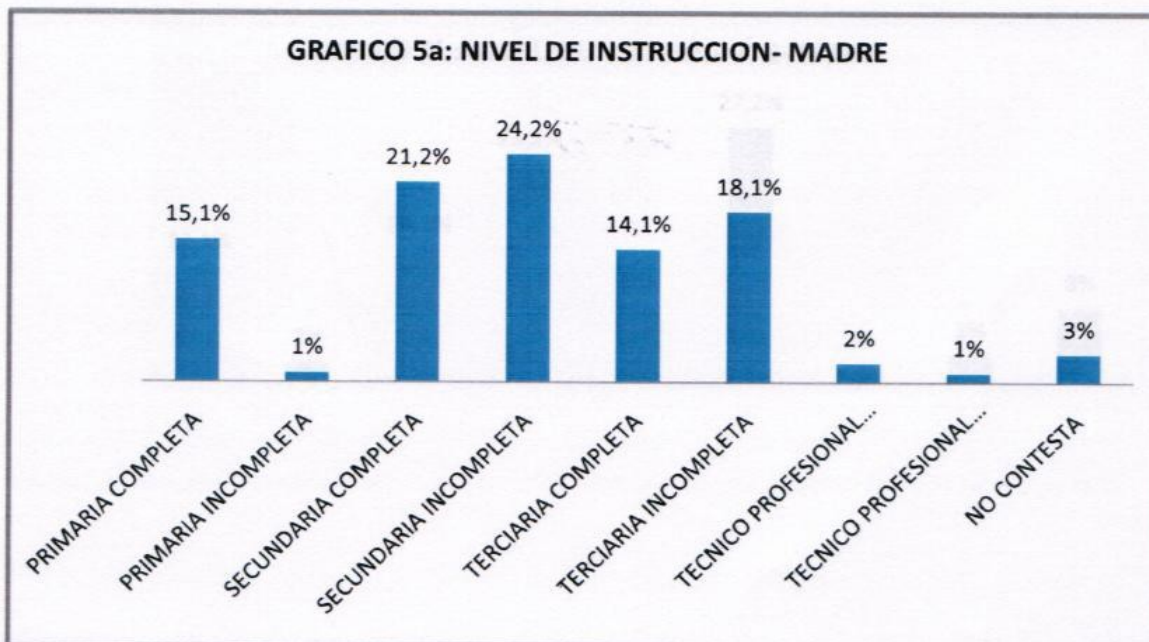
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 5a- Frecuencia según nivel de instrucción- Madre

NIVEL DE INSTRUCCIÓN MADRE	F	FR%
PRIMARIA COMPLETA	15	15,1
PRIMARIA INCOMPLETA	1	1
SECUNDARIA COMPLETA	21	21,2
SECUNDARIA INCOMPLETA	24	24,2
TERCIARIA COMPLETA	14	14,1
TERCIARIA INCOMPLETA	18	18,1
TECNICO PROFESIONAL COMPLETO	2	2
TECNICO PROFESIONAL INCOMPLETO	1	1
NO CONTESTA	3	3
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 5a- Frecuencia según nivel de instrucción- Madre



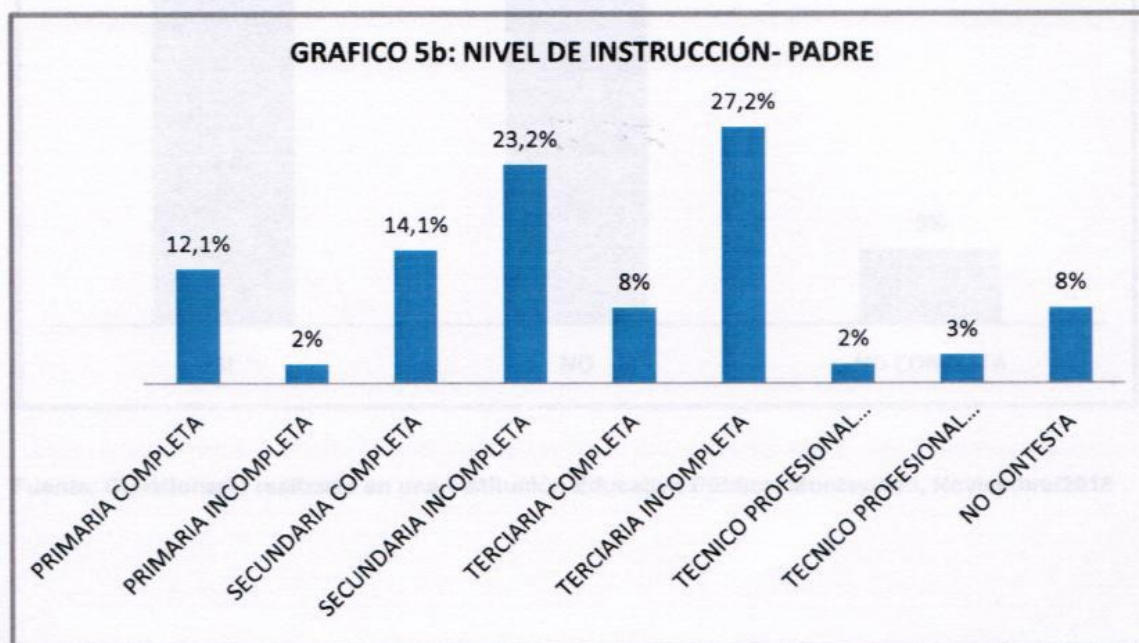
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 5b- Frecuencia según nivel de instrucción- Padre

NIVEL DE INSTRUCCIÓN PADRE	F	FR%
PRIMARIA COMPLETA	12	12,1
PRIMARIA INCOMPLETA	2	2
SECUNDARIA COMPLETA	14	14,1
SECUNDARIA INCOMPLETA	23	23,2
TERCIARIA COMPLETA	8	8
TERCIARIA INCOMPLETA	27	27,2
TECNICO PROFESIONAL COMPLETO	2	2
TECNICO PROFESIONAL INCOMPLETO	3	3
NO CONTESTA	8	8
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 5b- Frecuencia según nivel de instrucción- Padre



Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 6a- Vida social- Pareja

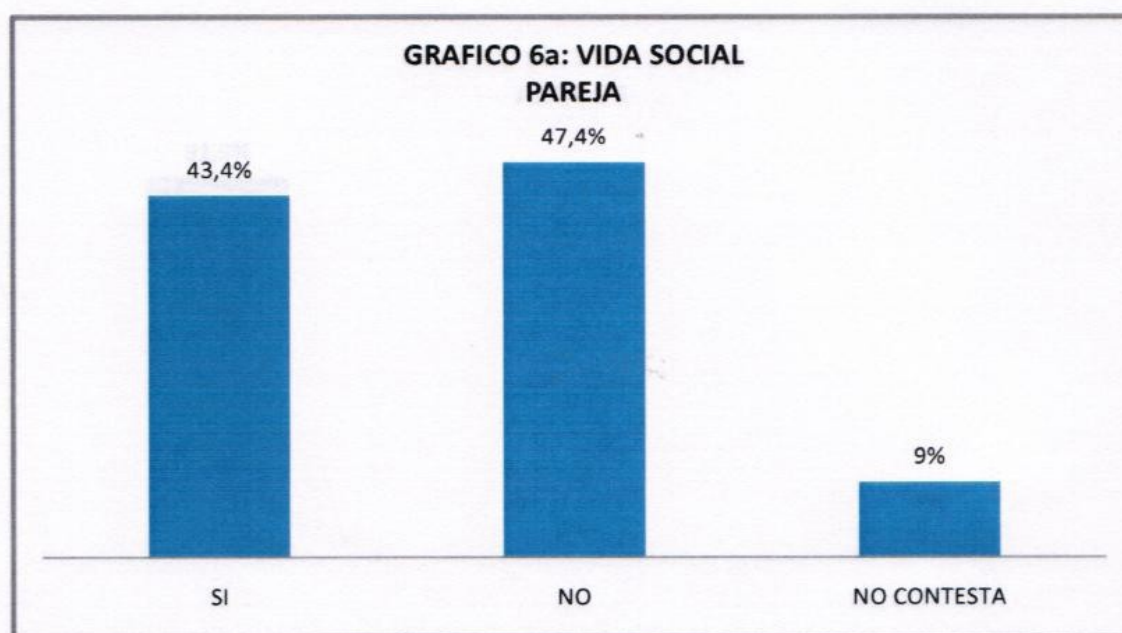
VIDA SOCIAL:PAREJA	F	FR %
SI	43	43.4
NO	47	47.4
NO CONTESTA	9	9.0
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 6a- Vida Social - Pareja

Gráfico 6a- Vida Social - Pareja



Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

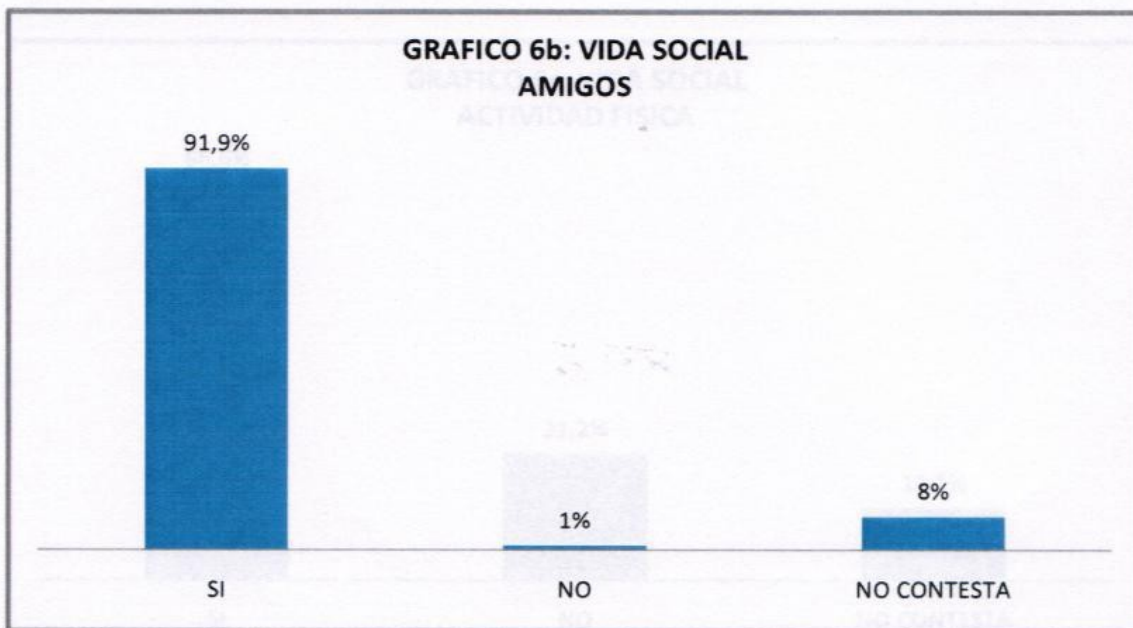
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 6b- Vida social – Amigos

VIDA SOCIAL:AMIGOS	F	FR%
SI	91	91.9
NO	1	1
NO CONTESTA	8	8
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 6b- Vida Social - Amigos



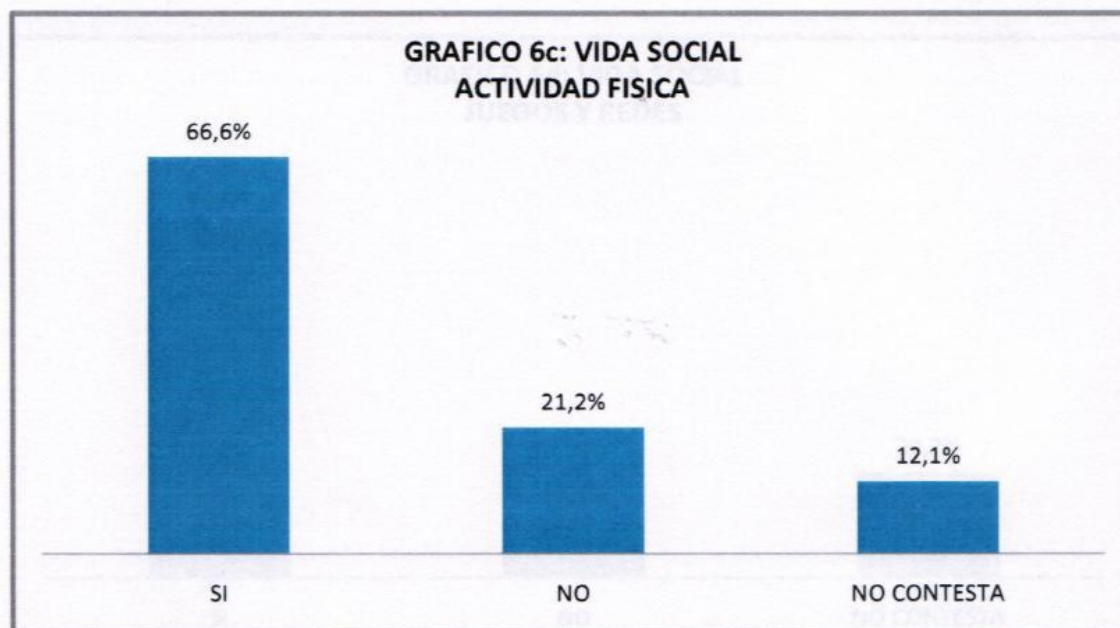
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 6c- Vida social – Actividad física

VIDA SOCIAL: ACTIVIDAD FISICA	F	FR%
SI	66	66.6
NO	21	21.2
NO CONTESTA	12	12.1
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico6c- Vida social – Actividad física



Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

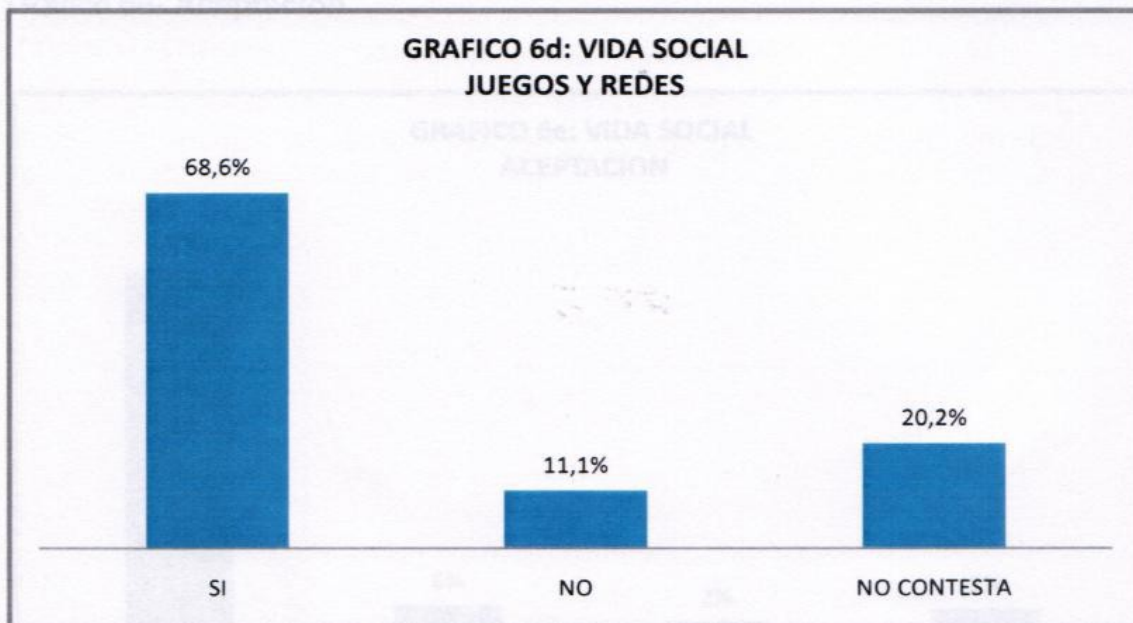
Tabla 6d- Vida social – Juegos y redes

VIDA SOCIAL: JUEGOS Y REDES	F	FR%
SI	68	68.6
NO	11	11.1
NO CONTESTA	20	20.2
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 6d- Vida social – Juegos y redes



Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

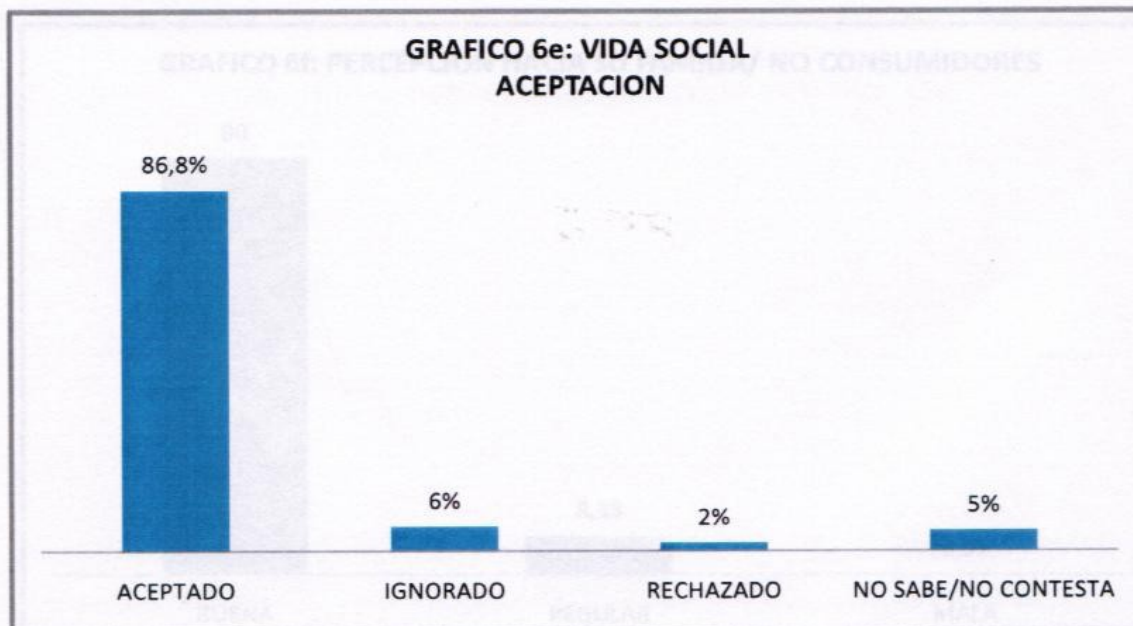
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 6e- Aceptación

ACEPTACION:	F	FR%
ACEPTADO	86	86.8
IGNORADO	6	6
RECHAZADO	2	2
NO SABE /NOCONTESTA	5	5
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 6e- Aceptación



Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

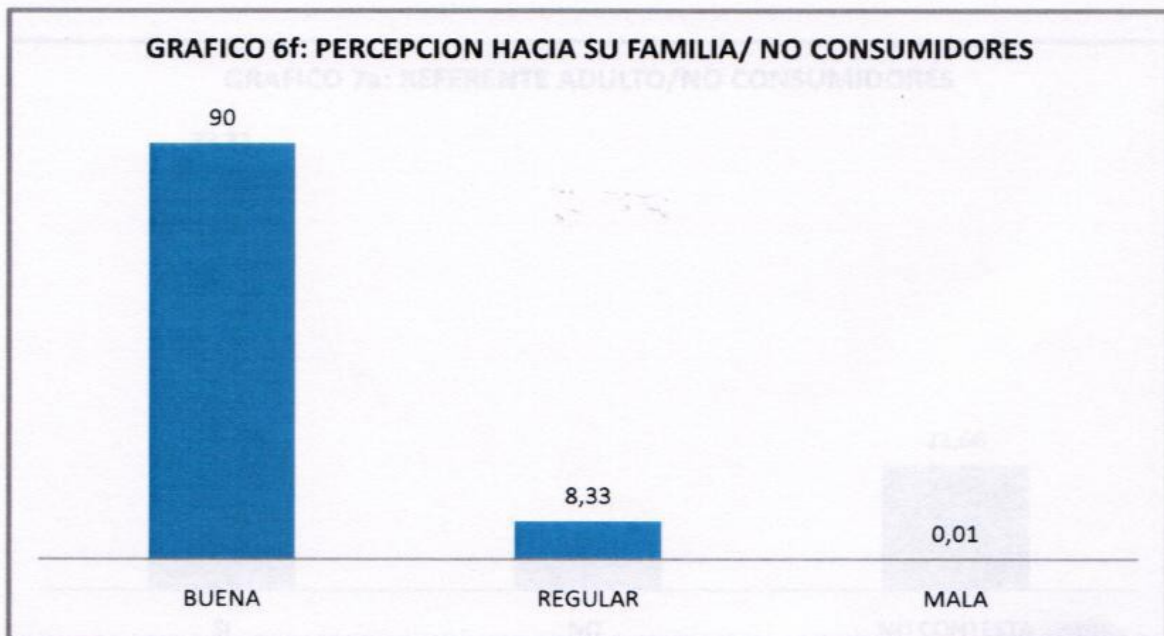
Tabla 6f- Frecuencia según percepción hacia su familia de los adolescentes no consumidores

Tabla 7a- Frecuencia según Referente Adulto de los adolescentes no consumidores

PERCEPCION HACIA SU FAMILIA/ NO CONSUMIDORES	F	FR%
BUENA	54	90
REGULAR	5	8.33
MALA	1	0.01
TOTAL	60	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 6f- Frecuencia según percepción hacia su familia de los adolescentes no consumidores



Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

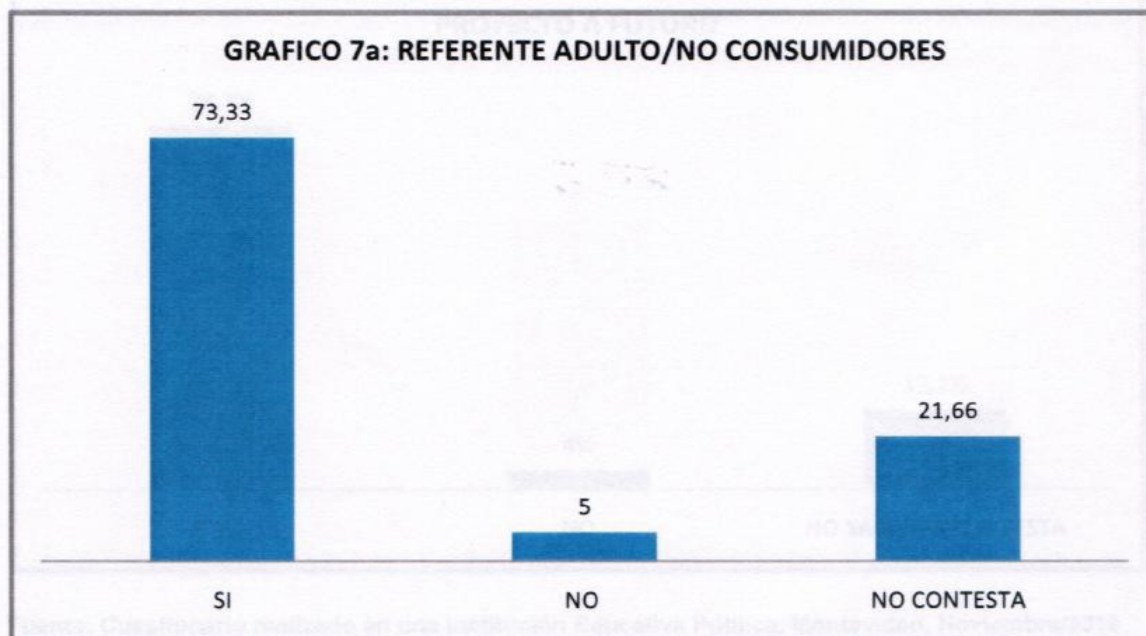
Tabla 7- Situación Psicosocial

Tabla 7a- Frecuencia según Referente Adulto de los adolescentes no consumidores

REFERENTE ADULTO	F	FR%
SI	44	73.33
NO	3	5
NO CONTESTA	13	21.66
TOTAL	60	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 7a- Frecuencia según referente adulto de los adolescentes no consumidores



Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 7b- Proyecto a futuro

PROYECTO A FUTURO	F	FR%
SI	78	78.7
NO	4	4
NO SABE/NO CONTESTA	17	17.1
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 7b- Retes sociales de apoyo

Gráfico 7b-Proyecto a futuro



Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

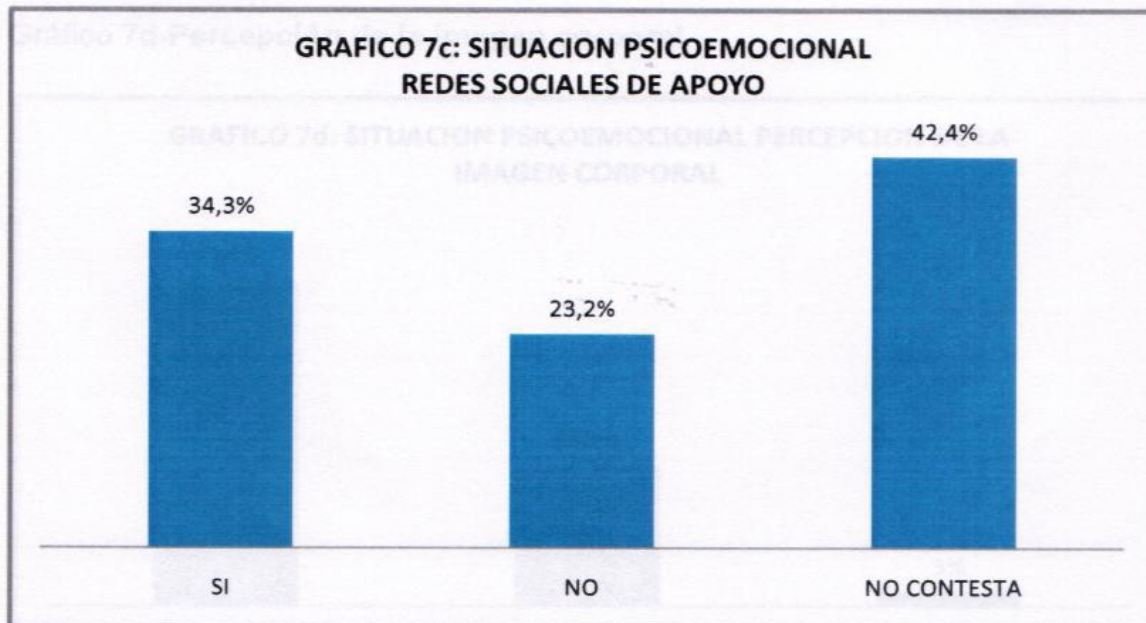
Tabla 7c-Redes sociales de apoyo

REDES SOCIALES DE APOYO	F	FR%
SI	34	34.3
NO	23	23.2
NO CONTESTA	42	42.4
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 7c- Redes sociales de apoyo



Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

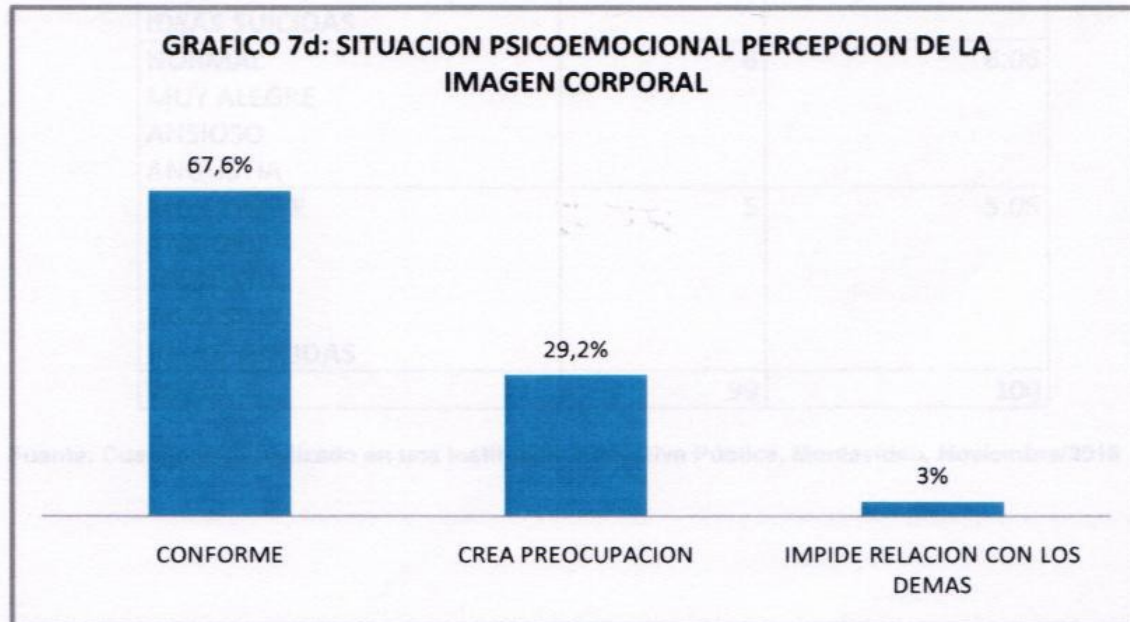
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 7d- Percepción de la imagen corporal

PERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL	F	FR%
CONFORME	67	67.6
CREA PREOCUPACION	29	29.2
IMPIDE RELACION CON LOS DEMAS	3	3
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 7d-Percepción de la imagen corporal



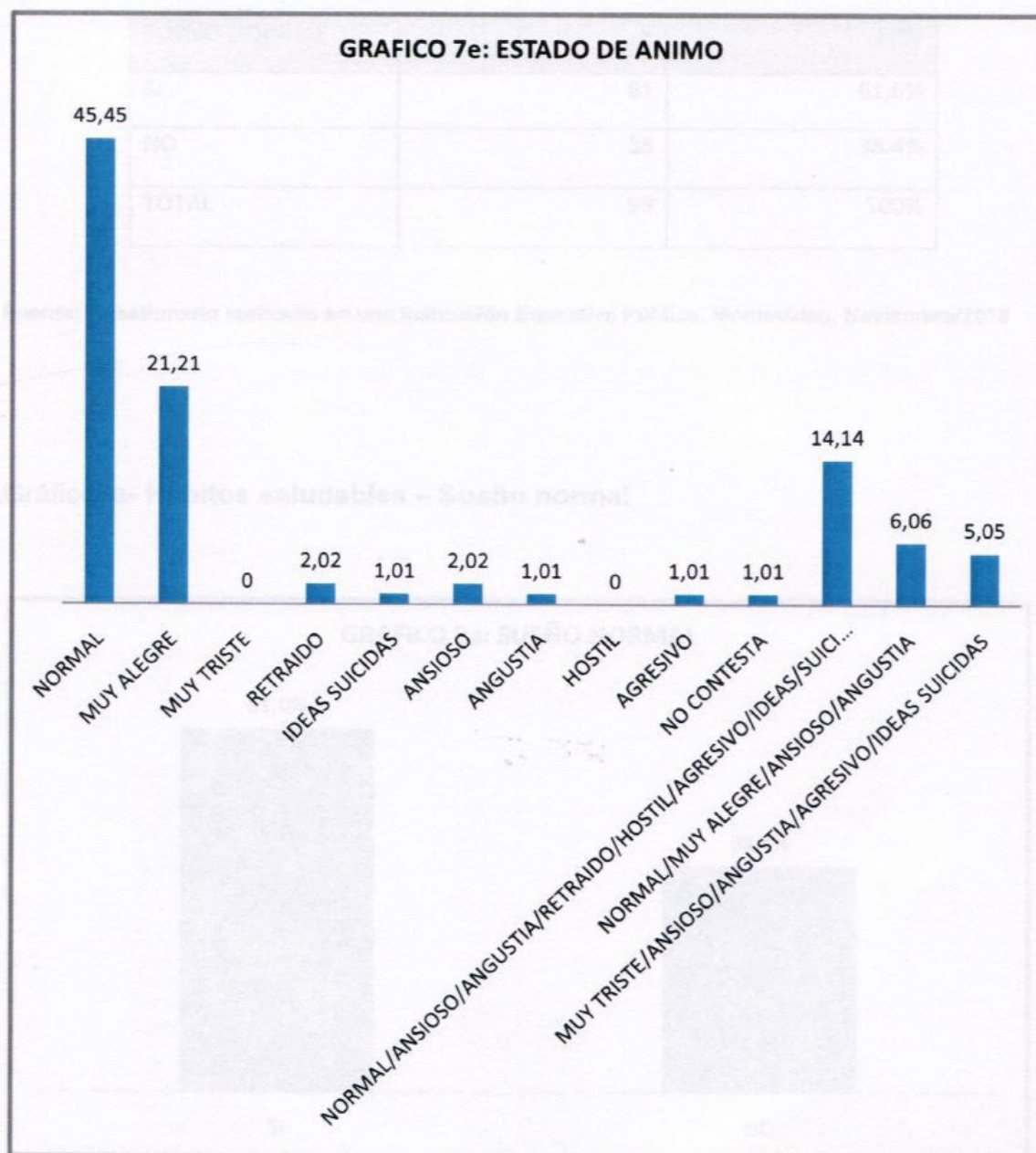
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 7e- Frecuencia según Estado de Ánimo

ESTADO DE ANIMO	F	FR%
NORMAL	45	45.45
MUY ALEGRE	21	21.21
MUY TRISTE	0	0
RETRAIDO	2	2.02
IDEAS SUICIDAS	1	1.01
ANSIOSO	2	2.02
ANGUSTIA	1	1.01
HOSTIL	0	0
AGRESIVO	1	1.01
NO CONTESTA	1	1.01
NORMAL ANSIOSO ANGUSTIA RETRAIDO HOSTIL AGRESIVO IDEAS SUICIDAS	14	14.14
NORMAL MUY ALEGRE ANSIOSO ANGUSTIA	6	6.06
MUY TRISTE ANSIOSO ANGUSTIA AGRESIVO IDEAS SUICIDAS	5	5.05
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 7e- Frecuencia según estado de ánimo



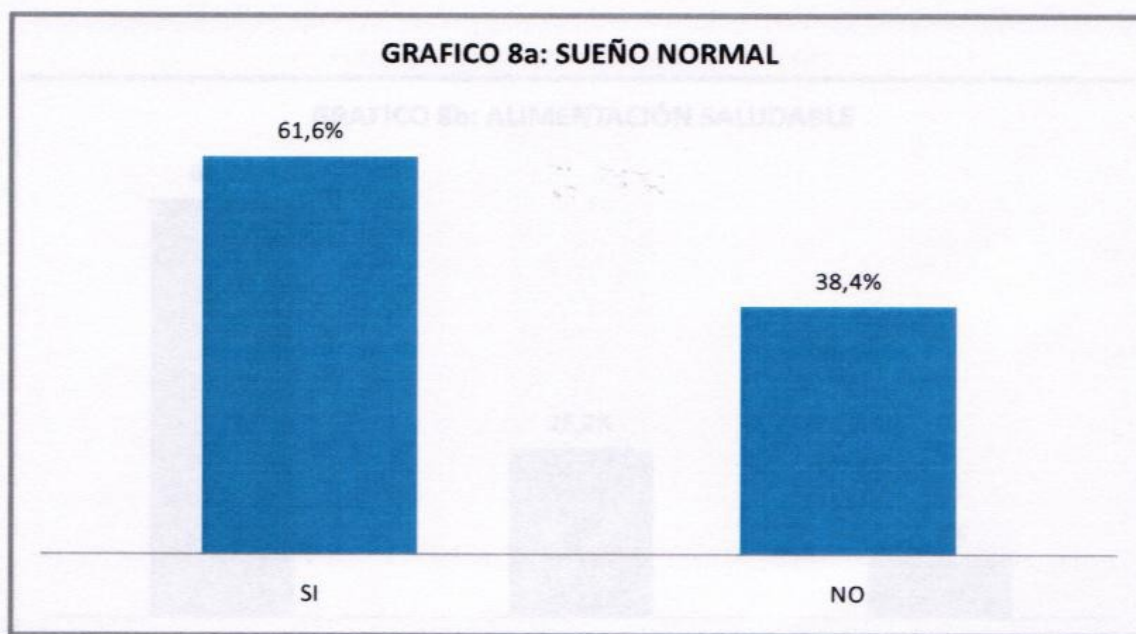
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 8a- Hábitos saludables – Sueño normal

SUEÑO NORMAL	F	FR%
SI	61	61,6%
NO	38	38,4%
TOTAL	99	100%

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 8a- Hábitos saludables – Sueño normal



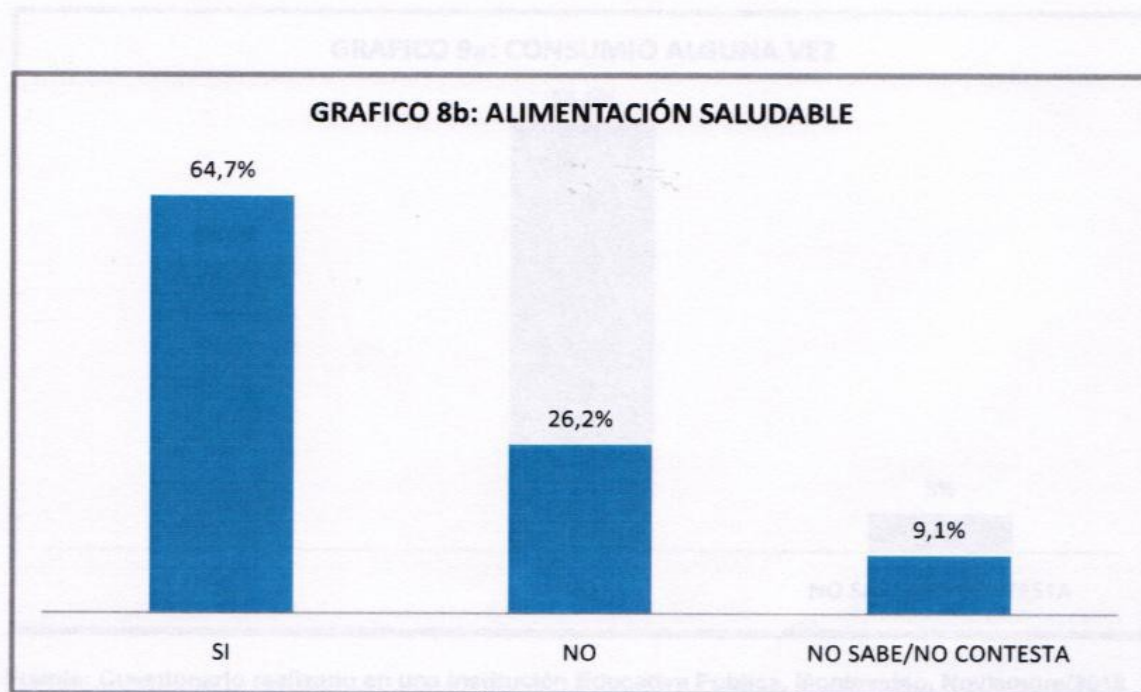
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 8b- Hábitos saludables – Alimentación alguna vez?

ALIMENTACION SALUDABLE	F	FR%
SI	64	64,7%
NO	26	26,2%
NO SABE/ NO CONTESTA	9	9,1%
TOTAL	99	100%

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 8b- Hábitos saludables – Alimentación alguna vez?



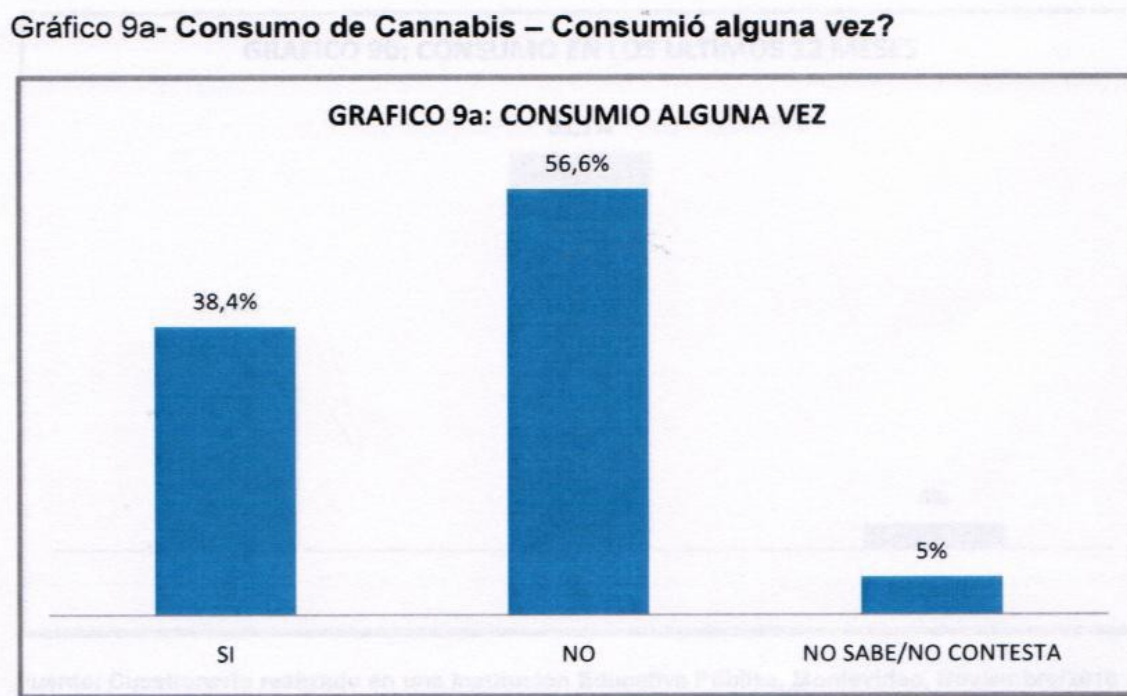
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 9a- Consumo de Cannabis – Consumió alguna vez?

CONSUMIO ALGUNA VEZ?	F	FR%
SI	38	38,4%
NO	56	56,6%
NO SABE/ NO CONTESTA	5	5%
TOTAL	99	100%

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 9a- Consumo de Cannabis – Consumió alguna vez?



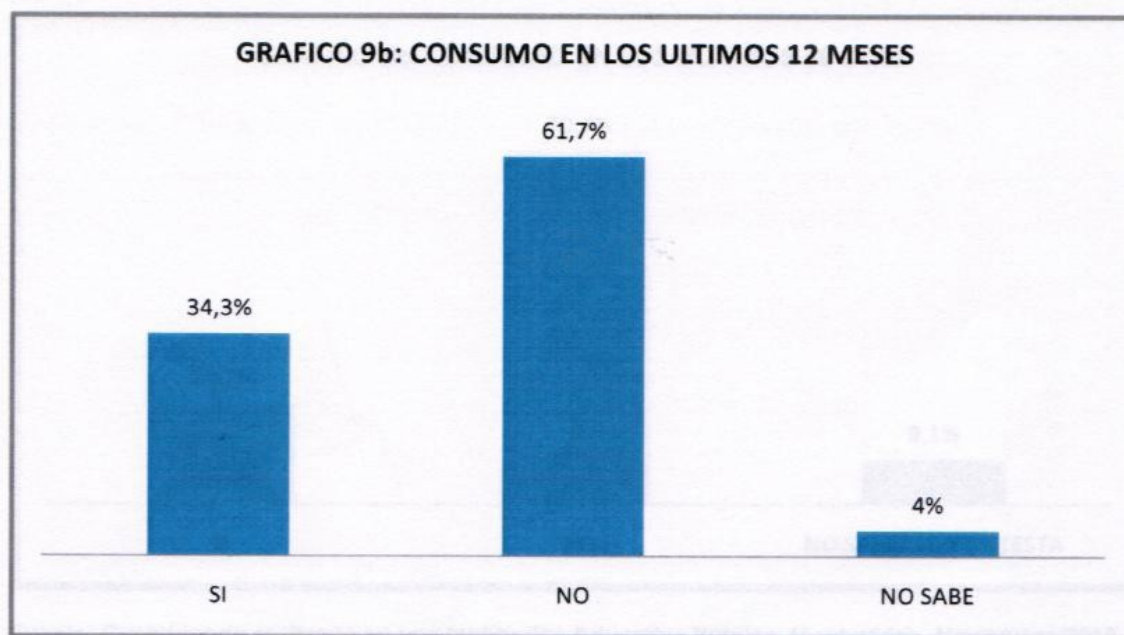
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 9b- Consumo de Cannabis – Consumió en los últimos 12 meses?

CONSUMIO EN LOS ULTIMOS 12 MESES?	F	FR%
SI	34	34,3%
NO	61	61,7%
NO SABE/ NO CONTESTA	4	4%
TOTAL	99	100%

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 9b- Consumo de Cannabis – Consumió en los últimos 12 meses?



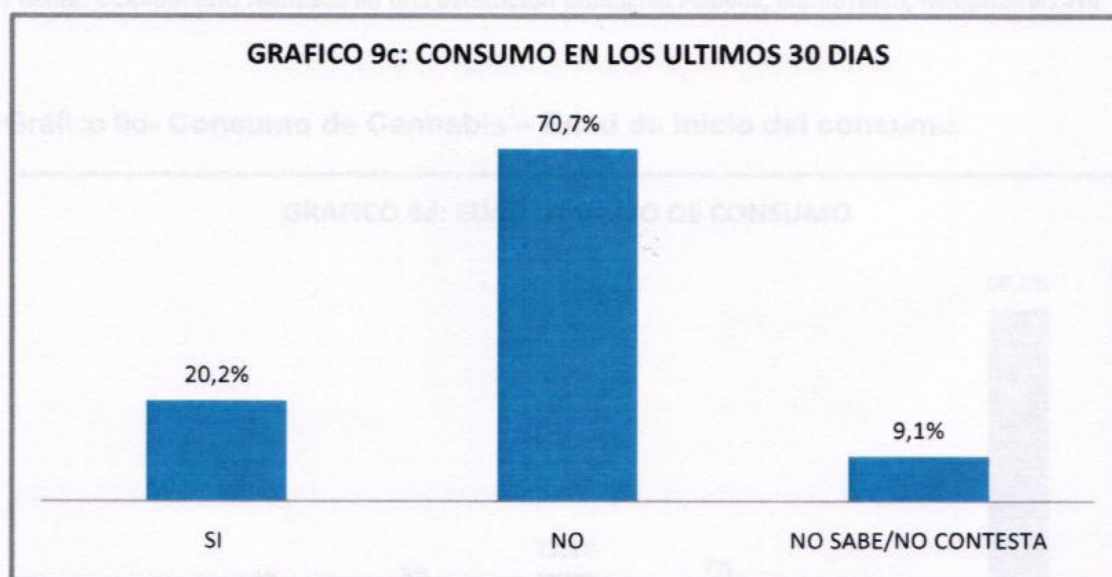
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 9c- Consumo de Cannabis – Consumió en los últimos 30 días?

CONSUMIO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS?	F	FR%
SI	20	20,2%
NO	70	70,7%
NO SABE/ NO CONTESTA	9	9,1%
TOTAL	99	100%

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 9c- Consumo de Cannabis – Consumió en los últimos 30 días?



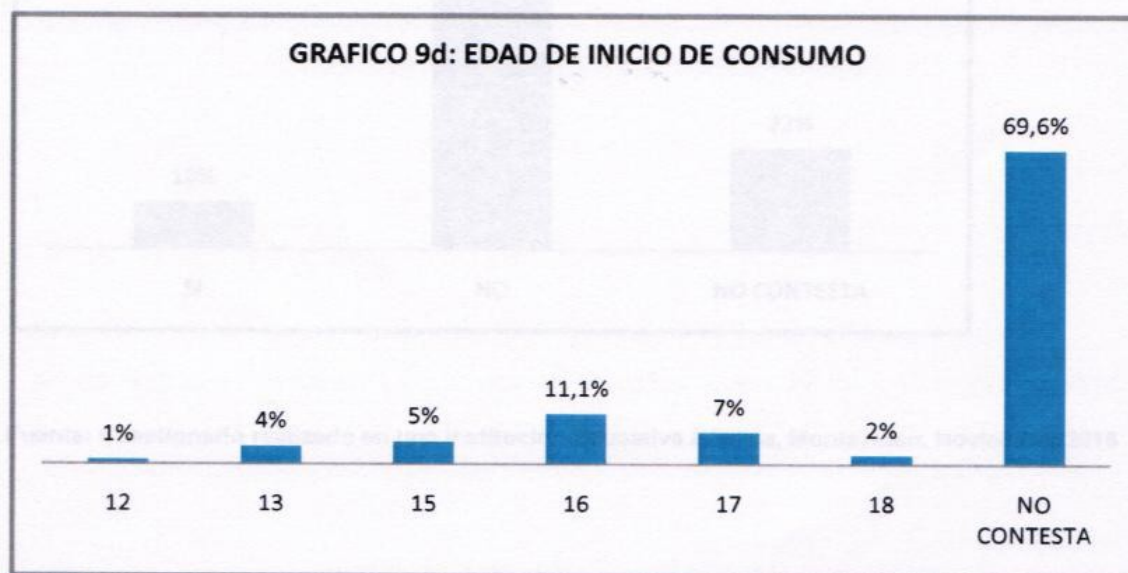
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 9d- Consumo de Cannabis – Edad de inicio del consumo

EDAD INICIO DE CONSUMO	F	FR%
12	1	1
13	4	4
15	5	5
16	11	11,1
17	7	7
18	2	2
NO CONTESTA	69	69,6
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 9d- Consumo de Cannabis – Edad de inicio del consumo



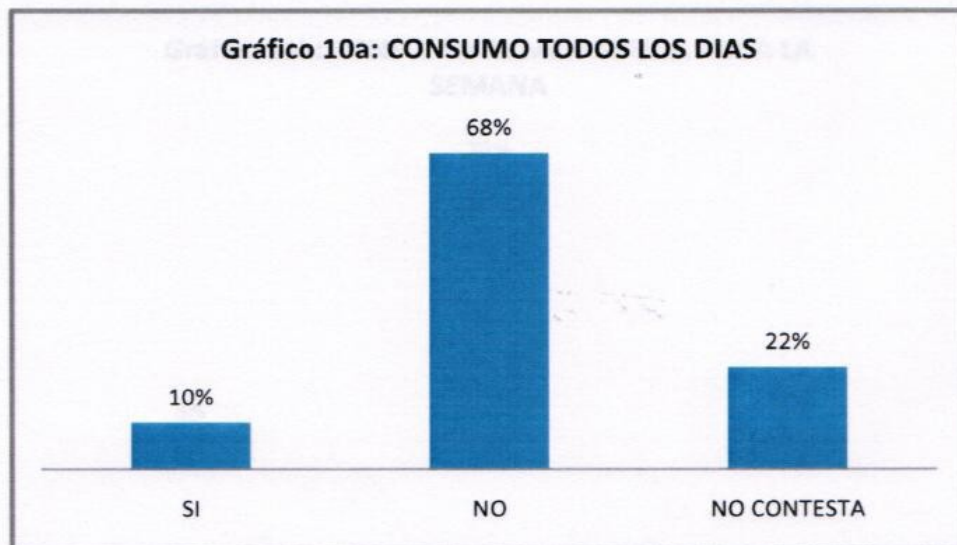
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 10a- Frecuencia del consumo de cannabis – todos los días

TODOS LOS DIAS	FA	FR%
SI	9	10%
NO	68	68%
NO CONTESTA	22	22%
TOTAL	99	100%

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico10 a- Frecuencia del consumo de cannabis



Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 10b- Frecuencia del consumo de cannabis

AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA	F	FR%
SI	8	9
NO	79	79,7
NO CONTESTA	12	12
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 10a- Frecuencia del consumo de cannabis

Gráfico 10b- Frecuencia del consumo de cannabis



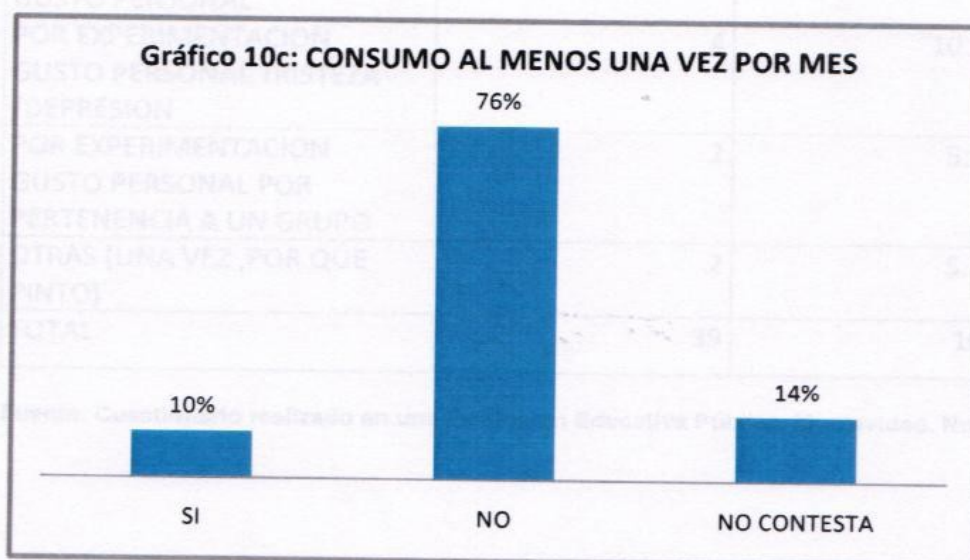
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 10c- Frecuencia del consumo de cannabis

AL MENOS UNA VEZ POR MES	F	FR%
SI	10	10
NO	75	75,7
NO CONTESTA	14	14,1
TOTAL	99	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 10c- Frecuencia del consumo de cannabis



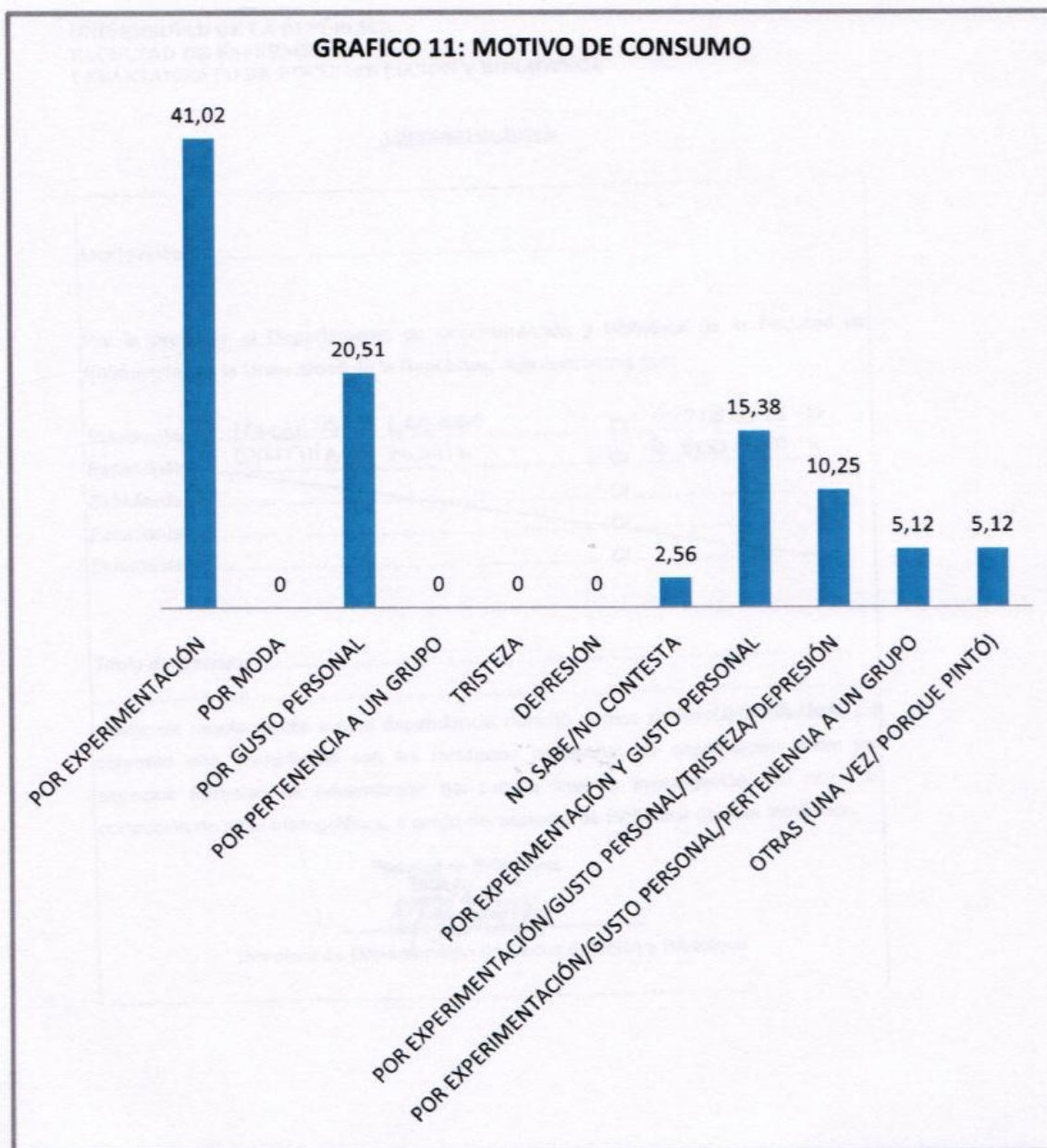
Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Tabla 11- Frecuencia según Motivo de consumo de Cannabis

MOTIVOS DE CONSUMO	F	FR%
POR EXPERIMENTACION	16	41.02
POR MODA	0	0
POR GUSTO PERSONAL	8	20.51
POR PERTENENCIA A UN GRUPO	0	0
TRISTEZA	0	0
DEPRESION	0	0
NO SABE /NO CONTESTA	1	2.56
POR EXPERIMENTACION Y GUSTO PERSONAL	6	15.38
POR EXPERIMENTACION GUSTO PERSONAL TRISTEZA /DEPRESION	4	10.25
POR EXPERIMENTACION GUSTO PERSONAL POR PERTENENCIA A UN GRUPO	2	5.12
OTRAS (UNA VEZ ,POR QUE PINTO)	2	5.12
TOTAL	39	100

Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018

Gráfico 11- Frecuencia según Motivo de consumo de cannabis



Fuente: Cuestionario realizado en una Institución Educativa Pública, Montevideo, Noviembre/2018